



soc2a

MIROSLAV CANGÁR

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

v Slovenskej republike

soçʔa

Recenzenti:

Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD.

Doc. PhDr. Peter Brnula, PhD.

Mgr. Tereza Palanová

Vydala: SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien

2. doplnené vydanie

ISBN: 978-80-89851-10-2 (brožovaná)

ISBN: 978-80-89851-11-9 (PDF)

soc̣a

MIROSLAV CANGÁR

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike

Čo vieme a nevieme o procese transformácie
a deinštitucionalizácie sociálnych služieb
v Slovenskej republike

Bratislava 2018

/ Predslov

Pozerám sa na jednu špeciálnu fotografiu, kde spolu s priateľmi stojíme pod sochou Cervantesa na brehu Ženevského jazera. Štyria ľudia pod bustou autora slávneho dona Quichota, rytiera známeho vytrvalým bojom s veternými mlynmi. Dnes, keď toľko ľudí môže cestovať a veľmi jednoducho a rýchlo zdieľať svoje fotky pri rôznych pamätníkoch so svojimi priateľmi, na prvý pohľad fotka nie je ničím výnimočná. A predsa je špeciálna.

V apríli 2016 moji priatelia mohli verejne prehovoriť v OSN o tom, aké je to žiť v inštitúcii. Aké je to nemysliteľné čo i len snívať o cestovaní, odfoťiť sa hocikde. Aké je to, keď nemáte ani možnosť vybrať si jedlo, oblečenie, spolubývajúcich, vyjsť na ulicu, nemať možnosť študovať alebo pracovať. Aké to je, keď ste jeden zo skupiny. Angelika a Roman mali šťastie, že ich rôzne osudy sa spojili s ľuďmi, ktorí ich považovali za rovnocenných a hodných všetkých práv, ktoré my „normálni“ považujeme za samozrejmosť. Boli tam, aby ukázali, že sa to dá aj na Slovensku. A to aj napriek tomu, že si často pripadajú, akoby bojovali s veternými mlynmi.

Týchto ľudí som spoznala vďaka práci v SOCIA – Nadácii na podporu sociálnych zmien, ktorá od svojho vzniku podporuje proces deinštitucionalizácie a rozvoj komunitných služieb. Uvedomujeme si, že pri snahách o takéto systémové zmeny je vždy dôležité poznať situáciu, kde sa nachádzame a čo máme za sebou, aby sme vedeli ako najlepšie dosiahnuť to, čo chceme. Preto sme radi, že vám predstavujeme knihu Miroslava Cangára, presnejšie jej druhé doplnené vydanie. Podarilo sa mu zhromaždiť veľké množstvo informácií, ktoré sa týkajú prechodu z inštitucionálnej na komunitnú úroveň poskytovania sociálnych služieb v slovenskom kontexte. Preto verím, že kniha veľmi dobre posluží všetkým, ktorí chcú získať ucelený obraz o tejto problematike.

Ja som v nej pre seba objavila ešte jeden rozmer. Nie je to vždy ľahké či príjemné čítanie. Autor len pomenováva realitu, prináša fakty, cituje. Pre niekoho sú to len slová, vety. Ale keď spoznáte ľudí ako je Angelika a Roman, hlboko vás zasiahnu a nenechajú pokojnými. Kto by chcel žiť v inštitúcii?

Maria Machajdíkova

Bratislava 2018

/ Podakovanie autora

Táto publikácia vznikla vďaka podpore a pomoci viacerých ľudí a organizácií.

Rád by som však osobitne poďakoval nadácii SOCIA, konkrétne Márii Machajdíkovej a Helene Wolekovej za to, že prišli s nápadom a umožnili vytvorenie publikácie, ktorá popisuje proces transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike, ale aj za ich pripomienky k textu.

Veľmi by som chcel poďakovať Slavojovi Krupovi za jeho priateľstvo, podporu a vedenie, nielen pri tvorbe tejto publikácie, ale aj počas celej mojej profesnej kariéry a za všetko, čo pre rozvoj, kvalitu sociálnych služieb a podporu ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku počas posledných 40 rokov urobil.

Tiež chcem poďakovať Lýdii Brichtovej a Viere Záhorcovej za pomoc, rozhovory, konzultácie a pripomienky k publikácii a aj dlhoročnú spoluprácu v tejto oblasti.

V neposlednom rade chcem poďakovať mojej manželke Lucke Cangárovej za všetko pochopenie, pomoc, podporu a povzbudenie, ale aj za prvotnú recenziu tejto publikácie a za našu spoločnú prácu v sociálnej oblasti.

/ Obsah

Úvod	8
Definície základných pojmov.....	10
Použité skratky:.....	13
Historický prehľad o sociálnych službách v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike	16
Sociálne služby do roku 1989	16
Sociálne služby v rokoch 1990 – 2003.....	36
Prvé pilotné projekty transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike	52
Monitoringy dodržiavania ľudských práv ľudí so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike	64
Sociálne služby v rokoch 2004 – 2009.....	74
Sociálne služby v rokoch 2010 – 2015.....	95
Sociálne služby a deinštitucionalizácia od roku 2016.....	126
Záver	145

/ Úvod

V posledných rokoch sa v sociálnej oblasti stále viac skloňuje krkolomné slovo DEINŠTITUCIONALIZÁCIA. Na rôznych odborných a vedeckých fórach, ale aj v samotných zariadeniach sociálnych služieb, sa o nej často diskutuje ako o niečom novom, čo je do slovenskej praxe tlačené „niekde zhora.“ Deinštitucionalizácia už aj samotným vyslovením často vyvoláva neopodstatnený strach a predstavu rušenia sociálnych služieb a zatvárania zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím. Niečo, čo zruší fungujúci systém, kde sa staráme o ľudí, ktorí sa už „nedokážu“ postarať sami o seba. Niektorí „odborníci“ dokonca hovoria o utopistickej predstave a slabých základoch tejto myšlienky¹. **Je to ale naozaj tak?**

Odpovedať na túto otázku a aj na otázku samotnej potreby procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa snažíme aspoň čiastočne v tejto publikácii.

Základné a najdôležitejšie východisko pre potrebu procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb je definované vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv a slobôd v článku 1: všetci ľudia sa rodia slobodní a **rovní v dôstojnosti i právach**.² Sloboda, rovnosť a dôstojnosť sú elementárne atribúty ľudského bytia. Ak sa hlásime k myšlienkam ľudskoprávneho prístupu definovaného v etike, ale aj v základných medzinárodných dokumentoch, je potom našou morálnou a odbornou povinnosťou meniť systém tak, aby si naozaj všetci ľudia boli rovní v slobode, dôstojnosti a právach. Pretože na Slovensku sa ešte stále v laickej verejnosti, ale aj odborných kruhoch stretávame s vnímaním a dodržiavaním základných ľudských práv ako s nejakou utópiou a niečím neprirodzeným. Je nevyhnutné diskutovať a informovať o tom, čo nedodržiavanie týchto práv znamená pre nás všetkých, pre celú spoločnosť.

Ak sa pozrieme na to, čo vlastne proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť (transformácia a deinštitucionalizácia) vo svojej podstate znamená, môžeme hovoriť, že ide o systémovú zmenu a presadzovanie dodržiavania ľudských práv všetkých občanov

1 <http://revue.vsdanubius.sk/sites/default/files/%C5%A0ebestov%C3%A1%20a%20Marekov%C3%A1%20-%20DEIN%C5%A0TITUCIONALIZ%C3%81CIA%20%20ZARIADEN%C3%8D%20SOCI%C3%81LNYCH%20SLU%C5%B-DIEB%20A%20KOMUNITN%C3%81%20SOCI%C3%81LNA%20PR%C3%81CA.pdf>

2 Všeobecná deklarácia ľudských práv. http://www.snsip.sk/CCMS/files/Vseobecna_deklaracia_ludskych_prav.pdf

a predovšetkým tých, ktorí vo svojom živote potrebujú nejakú formu podpory, aby mohli tieto práva využívať. Jednoducho povedané rovnicou, transformácia a deinštitucionalizácia = presadzovanie ľudských práv pre všetkých občanov bez rozdielu. Na druhej strane, realizovanie zmien vedie k tomu, aby sme sa všetci, profesionáli, rodičia ľudí so zdravotným postihnutím a aj samotní ľudia so zdravotným postihnutím a celá spoločnosť, naučili prijímať zodpovednosť za svoj život a život v komunite okolo nás.

Od ratifikácie Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím Slovenskou republikou v roku 2010 je o tomto procese počuť už aj zo strany štátu. To však neznamená, že proces deinštitucionalizácie a transformácie je niečo nové, čo vzniklo v posledných rokoch a v našich končinách sa v tejto oblasti nič neudialo. Presadzovanie ľudskoprávneho prístupu a komunitných služieb (k čomu má proces transformácie a deinštitucionalizácie smerovať) má na Slovensku dlhodobé korene ešte z obdobia dobročinných spolkov v Rakúsko-Uhorsku a prvej Československej republike.

V tejto publikácii vám chceme ponúknuť pohľad na proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť cez minulosť a súčasnosť poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike. Vzhľadom na to, že jedným z našich zámerov je otvoriť diskusiu o nevyhnutnosti zmien aktuálneho stavu poskytovania sociálnych služieb, sa v našom texte zameriavame predovšetkým na povojnové obdobie a súčasnosť. Myslíme si, že takýto prístup pomôže pochopiť nevyhnutnú potrebu zmeny a aj to, kam sme sa ako spoločnosť vo svojom vzťahu k ľuďom so zdravotným postihnutím posunuli. Tiež však, kam by sme sa ešte mali posúvať. Na nasledujúcich stranách nájdete aj dobový obraz poskytovania sociálnych služieb, vyjadrenia a informácie o ľuďoch, ktorí túto tému v slovenskej praxi najvýraznejšie posúvali.

Veríme, že vám publikácia prinesie nové informácie a iný pohľad na proces transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike, tiež pochopenie dôvodov potreby systémovej zmeny v oblasti poskytovania služieb a podpory pre ľudí so zdravotným postihnutím.

/ Definície základných pojmov

Deinštitucionalizácia – je súčasť procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorá predstavuje zmenu formy a spôsobu poskytovania služieb v inštitucionálnych zariadeniach s predpokladom ukončenia prevádzky v pôvodných objektoch. Je to proces riadenia, ktorý je zameraný na plánované a postupné znižovanie miest v uzavretých pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Súčasťou deinštitucionalizácie je príprava prijímateľov sociálnych služieb na kvalitatívne nové možnosti riešenia ich sociálnej situácie v prirodzenom prostredí miestnej komunity, ktorá plne rešpektuje ich ľudské práva³. V priestore Slovenskej republiky je spolu s pojmom transformácia vnímaná ako celkový komplex prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. V tomto kontexte ju používame pre jednoduchšie porozumenie aj v publikácii.⁴

Humanizácia – je v kontexte sociálnych služieb proces zameraný na znižovanie a odstraňovanie negatívnych vplyvov inštitucionalizácie. Podstatou humanizácie je zlepšenie životnej úrovne cieľových skupín vo veľkokapacitných inštitúciách formou znižovania počtu obyvateľov na izbách, zvyšovaním počtu sociálnych pracovníkov, estetizáciou prostredia, ale jej výsledkom nie je poskytovanie služieb v súlade s Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a poskytovanie komunitných služieb. Tento proces nevedie k tomu, že ľudia so zdravotným postihnutím sú vnímaní a akceptovaní ako občania s právami.

Inštitúcia – je akékoľvek prostredie, kde osoby so zdravotným postihnutím, seniori alebo deti žijú spolu mimo svojej rodiny. Prostredie, kde nemajú ľudia plnú kontrolu nad svojím životom a dennými aktivitami. Inštitúcia nie je definovaná svojou veľkosťou/kapacitou, ale je definovaná inštitucionálnou kultúrou.⁵

3 S. Krupa (2011). Náčrt programu deinštitucionalizácie na Slovensku. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

4 Proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť vnímame z obsahového hľadiska v dvoch rovinách: ako proces deinštitucionalizácie existujúcich inštitucionálnych zariadení a sním zároveň aj druhý proces rozvoja nových komunitných služieb v súlade s potrebami obyvateľov žijúcich v danej komunite.

5 Svetová správa o zdravotnom postihnutí. (2011). Svetová zdravotnícka organizácia, Svetová Banka. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Inštitucionalizácia – je súbor negatívnych vplyvov inštitucionálnej kultúry pôsobiacich na osoby dlhodobo prebývajúce v uzavretých inštitúciách⁶.

Inštitucionálna kultúra – je spôsob prevádzkovania služieb, kde sa objavujú nasledovné znaky starostlivosti:

- Depersonalizácia – odňatie osobného vlastníctva, znakov a symbolov vlastnej jedinečnosti a ľudskosti.
- Rigidné a stereotypné a rutinné aktivity – pevne stanovený čas a štruktúra aktivít, nerešpektovanie osobných potrieb a preferencií.
- Paušalizované liečebné a odborné postupy – s ľuďmi sa pracuje skupinovo, bez rešpektovania súkromia a individuality.
- Sociálny odstup a paternalizmus – ten predstavuje odlišné postavenie personálu a klientov, nevyvážený vzťah moci.
- Segregovanosť od lokálnej komunity – excentrická poloha zariadení sociálnych služieb, odstup od lokálnej komunity a koncentrácia služieb na jednom mieste.
- Naučená pasivita a bezmocnosť – získané pasívne správanie ľudí a ich bezmocnosť.
- Nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy.

Komunitné sociálne služby – predstavujú súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti⁷.

Transformácia – v uvedených súvislostiach znamená zmenu, reštrukturalizáciu pôvodnej formy tradičných, uzavretých pobytových sociálnych služieb poskytovaných v inštitúciách (tiež tradičného systému poskytovania sociálnych služieb) ich postupnou deinštitucionalizáciou a premenou na nové, dostupné, terénne, podporné a kvalitné sociálne služby v prirodzenom prostredí v mieste bydliska občana. Deinštitucionalizácia bez transformácie vedie

6 S. Krupa (2011). Náčrt programu deinštitucionalizácie na Slovensku. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

7 Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. 2011. MPSVR SR. Bratislava. <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

síce k vzniku nových služieb, ktoré sú mimo pôvodného inštitučného prostredia, ale naďalej sa v nich uplatňujú spôsoby inštitučného poskytovania sociálnych služieb, i keď v menších atomizovaných inštitucionalizovaných zariadeniach⁸.

⁸ S. Krupa (2011). Náčrt programu deinštitucionalizácie na Slovensku. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

/ Použité skratky:

APZ Bratislava	Agentúra podporovaného zamestnávania Bratislava
BBSK	Banskobystricky samosprávny kraj
CEDA STU	Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania Slovenskej technickej univerzity
CSS	Centrum sociálnych služieb
DG EMPL	Generálne riaditeľstvo Európskej komisie pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a začlenenie
DG REGIO	Generálne riaditeľstvo Európskej komisie pre regionálnu politiku
DI	Deinštitucionalizácia
Dohovor	Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím prijatý Valným zhromaždením OSN v roku 2006
DSS	Domov sociálnych služieb
EEG	Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť (European Expert Group for Transition from Institutional to Community based care)
ESF	Európsky sociálny fond (European Social Fund)
ERDF	Európsky fond regionálneho rozvoja (European Regional Development Fund)
EŠIF	Európske štrukturálne a investičné fondy
EÚ	Európska únia
FSR	Fond sociálneho rozvoja
HVPU reforma	Helsevernet for psykisk utviklingshemmede-reformen. Reforma transformácie a deinštitucionalizácie v Nórsku
IA MPSVR SR	Implementačná agentúra Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
IROP	Integrovaný regionálny operačný program, Programové obdobie 2014 – 2020

IZ KOR – GYM	Integračné zariadenie KOR – GYM Hertník
KNV	Krajský národný výbor
Komisia CPT	Komisia Európskeho výboru na zabránenie mučeniu a neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu
Komisia PETI	Komisia Stáleho výboru pre petície Európskeho parlamentu
KSK	Košický samosprávny kraj
KÚ	Krajský úrad
MDAC	Mental Disability Advocacy Center
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
MPSVR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MZSV SR	Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí Slovenskej republiky
MVRR	Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja
nadácia SOCIA	SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien
NAP DI	Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb
Syndróm NIMBY	Syndrom Not in my backyard. Syndróm Nie v mojom dvore.
NP DI	Národný projekt podpory procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb v rokoch 2013 – 2015
NP DI PTT	Národný projekt deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – Podpora transformačných tímov
NSRR	Národný strategický referenčný rámec 2007 – 2013
ObNV	Obvodný národný výbor
OP ĽZ	Operačný program Ľudské zdroje, Programové obdobie 2014 – 2020
OP ZaSI	Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia, Programové obdobie 2007 – 2013
OSN	Organizácia spojených národov
RBRE	Rozvojová banka Rady Európy
RIUS	Regionálne územné stratégie
ROP	Regionálny operačný program, Programové obdobie 2007 – 2013

RPSP	Rada pre poradenstvo v sociálnej práci
SPOaSK	Sociálno-právna ochrana a sociálna kuratela
Stratégia DI	Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike
SUPZ	Slovenská únia podporovaného zamestnávania
ÚSS	Ústav sociálnej starostlivosti
VÚC	Vyšší územný celok
ZPMP v SR	Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike

Historický prehľad o sociálnych službách v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike

Sociálne služby do roku 1989

Poskytovanie sociálnej pomoci na území dnešnej Slovenskej republiky je možné sledovať už aj pred vznikom samostatnej Československej republiky v roku 1918.

Už v stredoveku vznikali na území Slovenska prvé služby pre núdznych (lazarety, špitále), napr. v 13. storočí Špitál sv. Alžbety v Banskej Bystrici. Ako uvádza Tokárová⁹, prvý sirotinec na území Slovenska vznikol v Banskej Štiavnici v roku 1765. Už v tom období boli deti v sirotincoch umiestnené len na dobu, pokiaľ neboli zverené do rodinnej výchovy, ktorá sa platila z verejných zdrojov obce. Tento spôsob starostlivosti o deti bol zavedený už od čias Márie Terézie. Tokárová ďalej uvádza, že v roku 1863 sa zaviedlo tzv. „domovské právo“, ktoré určovalo obciam povinnosť starať sa o chudobných a chorých. Prvé zariadenie pre ľudí s mentálnym a duševným postihnutím na území Slovenska bolo zriadené v roku 1898 v Plešivci: Blumov ústav s kapacitou 10 miest. Na základe požiadavky uhorského ministerstva vnútra a sociálnej starostlivosti majitelia ústavu rozširovali jeho kapacity už v prvom roku existencie. Do roku 1908 mal Blumov ústav kapacitu cca 150 miest¹⁰. V roku 1901 prevzal starostlivosť za opustené a choré deti štát. Práve k tomuto obdobiu sa viaže vznik prvých štátnych ústavov a domovov na našom území. Už v tomto období existovalo rozdelenie kompetencií v tejto starostlivosti medzi obec a štát. Prvé štátne detské domovy vznikli v Košiciach a v Rimavskej Sobote (v roku 1904).¹¹ V týchto rokoch postupne vznikali aj ďalšie ústavy, ktoré poskytovali starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím, napr. v roku 1907 vznikla tzv. Výchovňa pre mravne narušených mladistvých v Slávnici, ktorá sa neskôr, v roku 1922, zmenila

9 A. Tokárová a kol. 2003. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Prešov. ISBN: 80-968367-5-7.

10 <http://www.pl-plesivec.sk/hist.html>

11 A. Tokárová a kol. 2003. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Prešov. ISBN: 80-968367-5-7.

na Domov slovenských mrzáčkov v Slávnici. V tomto období už existovali napríklad aj ústavy pre hluchonemých v Jelšave (1903), Kremnici (1903) a Bratislave (1904), ktoré po roku 1919 prevzalo Ministerstvo školstva a osvetu a poslovenčilo ich¹².

Po vzniku Československej republiky v roku 1918 sa čiastočne zhoršila vtedajšia situácia so starostlivosťou o osoby so zdravotným postihnutím z dôvodu, že ústavy v Maďarsku prepustili svojich klientov, ktorí mali domovské obce na Slovensku¹³. V rámci prvej Československej republiky vzniklo a fungovalo Ministerstvo sociálnej starostlivosti. V jeho kompetencii bola starostlivosť o mládež, vojnových invalidov a ich rodiny, ale aj sociálne poistenie, oblasť práce a starostlivosti o nezamestnaných, vysťahovalectvo a riešenie bytovej otázky.¹⁴ Sociálna starostlivosť v prvej Československej republike bola rozdelená na starostlivosť o deti, mládež a dorast a starostlivosť o dospelých. Sociálna starostlivosť o dospelých sa skladala z ochranej starostlivosti (riešili ju živnostenské zákony, sociálne poistenie a zdravotná starostlivosť) a ešte podpornej starostlivosti (sem patrila ústavná starostlivosť). Starostlivosť sa ešte ďalej delila na verejnú a súkromnú a v tomto období sa vyznačovala vysokým zapojením strednej vrstvy¹⁵. Verejné prostriedky takmer vôbec nepodporovali dobrovoľné organizácie a spolky, preto tento prístup k starostlivosti nazývame aj **charitatívnym prístupom**. Primárne sa však na úrovni štátu riešila otázka sociálneho poistenia a podpory v nezamestnanosti. Starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím riešili predovšetkým rôzne spolky ako napríklad:

- Spolok pre stavbu nemocníc (neskôr sa premenoval na Zemský spolok pre pečlivosť o zmrzačených na Slovensku¹⁶)
- Spolok pre starostlivosť o hluchonemých na Slovensku
- Spolok o starostlivosť pre nevidiacich na Slovensku
- Slovenská katolícka charita
- Evanjelická diakonia
- Spolok pre liečebnú nápravu

12 A. Falisová. (2005). Pokusy o prelomenie izolácie. Starostlivosť o hendikepovaných v medzivojnovom období. <http://www.historiarevue.sk/index.php?id=2005falisova5>

13 Ibid.

14 A. Tokárová a kol. 2003. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Prešov. ISBN: 80-968367-5-7.

15 P. Brnula-P.Kodymová-R. Michelová. 2014. Marie Krakešová. Priekopníčka teórie sociálnej práce v Československu. IRIS. Bratislava. ISBN: 978-80-89726-00-4.

16 <http://www.domovrosa.sk/str.php?p=3>

Ale existovali tu aj ďalšie významné aktivity, ako napríklad aktivity sestier Royových¹⁷, ktoré založili sirotinec Chalúpku, nemocnicu a starobinec Domov bielych hláv¹⁸.

Zároveň so starostlivosťou pokračovali aj obce, ktoré ešte fungovali na základe domovského práva. V roku 1924 vznikol v Petrovanoch ústav pre 145 obyvateľov, ktorý poskytoval sociálne, zdravotné, ale aj školské služby. V roku 1930 mal Blumov ústav v Plešivci už 24 pavilónov a kapacitu pre takmer 500 obyvateľov¹⁹. Nové ústavy pre hluchonemých boli založené v roku 1920 v Komárne, v roku 1921 v Dubnici nad Váhom, v roku 1924 v Kremnici, v roku 1932 na Jazernom Majeri a od roku 1937 v Olichove, vznikli ústavy pre hluchonemých²⁰. V roku 1930 vznikol ústav pre nevidiacich v Báhoni. Časť starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím a duševnými ochoreniami prebrala aj Psychiatrická klinika Univerzity Komenského v Bratislave. Práve na tejto klinike začal v roku 1932 pôsobiť aj prof. MUDr. **Karol Matulay**, ktorý patril medzi najvýznamnejšie osobnosti, ktoré v 20. storočí ovplyvňovali inovatívne prístupy v poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti o osoby s mentálnym a duševným postihnutím. O prof. Karolovi Matulayovi, nestorovi slovenskej psychiatrie, neurológie, ale aj včasnej intervencie, budeme ešte písať v ďalšej časti tejto kapitoly. Za spomenutie však stojí, že v období svojho pôsobenia na tejto klinike v rokoch 1932 až 1945 zrušil cely, sieťové posteľe, kazajky a pasívnu opateru chorých nahradil aktívnou terapiou a ergoterapiou. Tieto prístupy postupne presadzoval aj na miestach svojich ďalších pôsobísk.²¹ V nasledujúcich rokoch postupne vznikali na Slovensku aj ďalšie zariadenia sociálnej starostlivosti. Medzi najznámejšie patrili ústavy pre postihnuté deti v Beckove, Trenčíne, Trenčianskej Teplej, Spišskej Novej Vsi, Cajle pri Pezinku či Banskej Bystrici. V roku 1937 vznikol ústav pre telesne postihnuté deti v Bratislave (presunom časti detí zo Slávnice). Všetky tieto spolky museli mať v stanovách zapracované tzv. virilné zastúpenie verejných úradníkov a organizácií vo svojich výboroch. Týmto spôsobom sa štát snažil o vplyv, kontrolu a účasť verejných orgánov v súkromnej sociálnej starostlivosti.

17 S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZaSP sv. Alžbety. Bratislava.

18 P. Brnula. (2013) Sociálna práca: Dejiny, teórie a metódy. IRIS. Bratislava. ISBN: 978-80-89238-77-4.

19 Ibid.

20 R. Magdolen. 1942. Starostlivosť o hluchonemých v slovenskom štáte 1938 – 1941. (ročenka Spolku pre starostlivosť o hluchonemých v Bratislave). Bratislava.

21 M. Tichý, E. Sedláčková. 1996. Prof. MUDr. Karol Matulay. Nestor slovenskej psychiatrie a neurológie. JUGA. Bratislava. ISBN 80-85506-45-9.

Už aj medzivojnovom období sa viedli základné štatistiky o osobách so zdravotným postihnutím. Starostlivosť o hendikepovaných v medzivojnovom období uvádza viaceré údaje. Najväčšiu skupinu osôb so zdravotným postihnutím v tomto období tvorili ľudia s telesným postihnutím, ktorých bolo ku koncu roku 1927 evidovaných 25 366. Išlo predovšetkým o ľudí, ktorí utrpeli zranenia vo vojne. V roku 1928 bolo podľa odhadov na Slovensku cca. 6 000 nezaopatrených psychicky chorých pacientov a v roku 1936 bolo na Slovensku 5 911 hluchonemých osôb.²² Predovšetkým tieto skupiny osôb so zdravotným postihnutím mali zabezpečenú sociálnu starostlivosť. Okrem toho sa poskytovala aj starostlivosť v približne tridsiatich štátnych a okresných detských domovoch.

Z pohľadu prístupu v rámci poskytovania sociálnych služieb môžeme obdobie do druhej svetovej vojny vnímať ako obdobie charitatívneho prístupu. Charitatívny prístup je charakteristický tým, že starostlivosť bola poskytovaná predovšetkým organizáciami, ktoré vykonávali tieto činnosti hlavne ako dobrovoľnú a charitatívnu činnosť a vychádzali z kresťanských cirkví a organizácií.²³ Tento prístup vnímal ľudí v núdzi ako niekoho, kto sa o seba nedokázal postarať a bol v zlej a tragickej životnej situácii. Aj cieľové skupiny zodpovedali práve tomuto popisu, často išlo o deti alebo o dospelých s ťažkým zdravotným postihnutím, či už fyzickým alebo mentálnym. Vyvolávali tak súcit majoritnej spoločnosti a stávali sa „objektom dobrovoľníctva“. Poskytovanie služieb v rámci tohto prístupu bolo na pleciach rôznych spolkov a bolo financované v rámci rôznych zbierok a charity. Sociálna práca sa musela etablovať a v rámci medzivojnového obdobia ju bolo potrebné aj zjednocovať, nielen budovať. Sociálna práca bola pôvodne rozdielnym spôsobom realizovaná v rakúskej a uhorskej časti monarchie. Zároveň okrem už tradičných cieľových skupín pomoci bolo potrebné poskytovať pomoc veľkému množstvu vojnových veteránov a ich rodinám, nezamestnaným a chudobným. To ovplyvnilo sociálnu prácu v ČSR v jej paternalistickej orientácii, ktorú môžeme vnímať ako charitatívny prístup. Jasným príkladom sú okrem iných aj Blumov ústav v Plešivci, ktorý založil miestny podnikateľ a majiteľ parketárne **Samuel Blum** alebo aktivita **Kristíny Royovej**, ktorá vybudovala malú nemocnicu len z darov veriacich, ale aj iné zariadenia, napríklad v Petrovanoch alebo v Slávnici. V rámci tohto prístupu však kvalita sociálnych služieb nebola ešte prvoradá a riešila sa aspoň základná starostlivosť o osoby v nepriaznivej životnej situácii.

22 A. Falisová. (2005). Pokusy o prelomenie izolácie. Starostlivosť o hendikepovaných v medzivojnovom období. <http://www.historiarevue.sk/index.php?id=2005falisova5>

23 M. Cangár. 2015. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť ako východisko ľudsko-právneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb. In Integrácia 3–4/2015. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava. ISSN – 1336-2011.

Pre priblíženie reality ústavnej starostlivosti uvádzame krátky opis ústavu pre hluchonemých v Kremnici: „Domov hluchonemých je jednoposchodová budova ležiaca v peknej, romantickej Bystrickej doline. I keď je to budova stará, jej vonkajší vzhľad je úhľadný. Je obklúčená dosť veľkou záhradou, ktorej jedna časť slúži na pestovanie zeleniny potrebnej do kuchyne a druhá, menšia časť, je vysádzaná ovocnými stromami. Budova má i potrebné prístavby a je v nej zariadený úplný internát pre 30 osôb. Obyvatelia internátu dostávajú za denných 9 Ks byt a celé zaopatrenie. Je to pre nich zaiste veľké dobrodenie. Každý z nich má svoju osobitnú posteľ a dostáva tri razy denne stravu, a to ráno, napoludnie a večer. Domov má svoj vlastný domáci poriadok, podľa ktorého sa tam umiestnení správajú. Do tohto Domova sa prijímajú všetci hluchonemí pomocníci a pomocníčky pracujúci v tunajšej pokračujúcej škole pre hluchonemých, bez rozdielu náboženstva a národnosti. Každý pracovný deň chodievajú odtiaľto do práce, a to do dielne svojho remesla, a po skončení dennej práce sa zase vracajú, aby si tu odpočinuli, a tak načerpali nových síl potrebných do ďalšej práce. Správu Domova vedie Spolok starostlivosti o hluchonemých v Bratislave, ustanovený správca, ktorý býva z radu odb. učiteľstva hluchonemých. Stará sa o telesný i duševný vývin chovancov Domova. Oni majú každý týždeň aspoň raz poučnú prednášku. Prednášajú im odborní učitelia tunajšieho štátneho ústavu pre hluchonemých. Aj o nedelňajšiu zábavu je postarané. Chovanci pestujú rôzne spoločenské hry a tí, čo milujú šport, športujú v krásnom okolí. Počet chovancov, umiestnených v Domove, je závislý od množstva práce v pokračovacej škole. Podľa výročnej správy z roku 1941 bol mesačný priemer 26 chovancov alebo chovancíc. Tu umiestnení hluchonemí pomocníci a pomocníčky cítia sa veľmi dobre, a preto Spolok starostlivosti o hluchonemých vykonal kus veľmi dobrej práce, keď sa o nich tak otcovsky postaral.“²⁴ Ako vidieť z uvedeného textu, tak napriek tomu, že sa jednalo o ústavnú starostlivosť, existovala tu silná orientácia na zmysluplné aktivity a zamestnávanie obyvateľov ústavu. V tomto období bola ešte snaha o to, aby sa obyvatelia týchto zariadení dostávali aj do spoločnosti a chodili do práce alebo školy. Zariadenia v tomto období ešte neboli tak výrazne exkludované ako neskôr v 50. a 60. rokoch. No tiež tu vidieť aj **prvé znaky inštitucionálnej kultúry**, ako je paternalistický prístup²⁵ a presne stanovený denný režim.

24 R. Magdolen. 1942. Starostlivosť o hluchonemých v slovenskom štáte 1938 – 1941. (ročnica Spolku pre starostlivosť o hluchonemých v Bratislave). Bratislava.

25 P. Brnula uvádza, že tento paternalistický prístup má čiastočne aj korene v ideológii vojnovj Slovenskej republiky, kde všetky aktivity sociálnej práce boli organizované cez Sociálny ústav HSLS, P. Brnula. (2013) Sociálna práca: Dejiny, teória a metódy. IRIS. Bratislava. ISBN: 978-80-89238-77-4.

Obdobie po roku 1938 už bolo poznačené okupáciou, rozdelením Československa a vznikom fašistického Slovenského štátu. Slovenský štát vo veľkej miere nadväzoval na právne normy prvej republiky, ale často ich upravoval a novelizoval. Z hľadiska starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím sa toto obdobie zvykne nazývať aj „obdobím mlčania“. Ako uvádza Krupa: „Z hľadiska súčasných postojov k ľuďom s postihnutím prijalo Nemecko rasistický a likvidačný prístup, počas ktorého v koncentračných táborech zahynuli nielen Židia, Rómovia, ale spolu s nimi mentálne a telesne postihnutí, duševne chorí občania. Navyše, postihnutí a chorí ľudia boli zneužívaní na vedecké experimenty. Ešte aj dnes sú takéto prístupy šokom, s ktorým sa Európa len s ťažkosťami vyrovnáva.“²⁶ Tento prístup sa nedial len v Nemecku, ale aj vo všetkých krajinách, ktoré boli počas druhej svetovej vojny pod jeho vplyvom. Vo viacerých ústavoch sociálnej starostlivosti bolo poskytovanie služieb celkom zrušené alebo prerušené. Napríklad starostlivosť v tom čase v jednom z najväčších zariadení, v Blumovom ústave v Plešivci, bola prerušená. Toto územie pripadlo Maďarsku, a preto všetkých pacientov presunuli do iných ústavov v rámci Maďarska. V priestoroch ústavu bol počas vojny najprv utečenecký tábor, potom liečebňa pre maďarských a nemeckých vojakov a neskôr pre sovietskych a rumunských. Počas vojny boli takmer všetky budovy ústavu poškodené.²⁷ Podobne bol na tom aj Domov slovenských mrzáčkov, ktorý sídlil v Bratislave na Patrónke.

Repková nazýva **obdobie rokov po ukončení druhej svetovej vojny ako obdobie rozmachu ústavnej starostlivosti**.²⁸ Jedným z dôsledkov vojny bolo, že práve v tomto období sa zvýšil dopyt po službách starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím, predovšetkým o ľudí s telesnými postihnutiami spôsobených vojnovými zraneniami a zmrzačeniami. Druhým dôsledkom bolo aj to, že po vojne ostalo množstvo sirôt a ľudí bez rodinného alebo komunitného zázemia. Systematický prístup a **zmena k medicínskemu modelu** riešenia otázok zdravotného postihnutia sa v rámci Československa začali prijatím Zákona o sociálnom zabezpečení v roku 1956.

Predtým však, predovšetkým po roku 1948, sa obecná samospráva stala súčasťou sústavy národných výborov a stratila svoju samostatnosť. Spolky, ktoré dovtedy poskytovali a zabezpečovali starostlivosť, boli postupne zjednocované, najprv do Zväzu invalidov, neskôr do národného frontu. V roku 1950 boli zrušené cirkevné rehole a rády, ale aj charita.

26 S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZaSP sv. Alžbety. Bratislava.

27 <http://www.pl-plesivec.sk/hist.html>

28 K. Repková. (2005). Rozmach ústavnej starostlivosti. <http://www.historiarevue.sk/index.php?id=2005repkova5>

Veľké množstvo členov týchto reholí a rádov nakoniec pracovali dlhé roky v ústavných zariadeniach sociálnej starostlivosti. Peňažná reforma v roku 1953 mala za dôsledok pokles životnej úrovne obyvateľstva. Práve prijatie zákona o sociálnom zabezpečení malo ambíciu riešiť starostlivosť o všetkých, ktorí ju potrebovali.²⁹ Sociálna starostlivosť prešla do pôsobnosti národných výborov. V roku 1957 už existovalo na Slovensku 89 inštitúcií, ktoré poskytovali starostlivosť seniorom alebo osobám so zdravotným postihnutím.³⁰

Medicínsky prístup v starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím predstavoval nový model poskytovania služieb. V 50. rokoch na konferencii expertov v odbore pre zmrzačených usporiadanou Medzinárodnou jednotou pre ochranu mládeže v Ženeve už Ján Chlup prezentoval koncepciu ústavnej starostlivosti o zmrzačených tak, že väčšina z nich potrebuje odbornú ústavnú starostlivosť z dôvodu prvotných a následných porúch a ich odlišností v biologickej, psychologickej a sociálnej osobnosti s nedostatočnou výbavou vývojového prostredia v rodine, v bežnej škole a v ostatnom prostredí. V bežnom prostredí videl Chlup prekážky, ktoré by vo väčšine prípadov nedostatočne alebo nevýhodne ovplyvňovali telesný, duševný a sociálny rast defektného dieťaťa. Podobne sa v tom období vyjadroval aj nestor špeciálnej pedagogiky Viliam Gaňo. Ako uvádza Krupa, tento prístup je možné vidieť aj v úvodnej reči Viliama Gaňu na Valnom zhromaždení spolku pre liečebnú nápravu v roku 1945: „**Nemôže byť sporu o tom, že najaktuálnejšou hviezdou nášho prvého decénia je výstavba trenčianskeho ústavu. Tu sa cítíme skutočne doma, lebo sme na vlastnej pôde, pod vlastným prístreším. Tu sme vo svojom... Trenčín je náš program... Programujeme zriadenie azylu pre výchovne schopných slabomyselných.**“³¹ Vyjadrenia odborníkov v tomto období treba vnímať v dejinnom kontexte, keď neexistoval individuálny prístup, ale ani žiadne vzdelávanie pre deti a mládež s postihnutím. Inštitucionalizácia bola vnímaná ako jediná cesta rozvoja a podpory ľudí so zdravotným postihnutím v takom bezpečnom prostredí, ktoré by zmiernilo ich postihnutie a spoločenskú izoláciu. Medicínsky, resp. zdravotnícky prístup, hral hlavnú rolu v starostlivosti o ľudí so zdravotným postihnutím. Zdravotné postihnutie bolo vnímané predovšetkým ako konkrétna diagnóza a ľudia so zdravotným postihnutím boli pacienti ústavov. Títo ľudia boli vnímaní ako iní, abnormálni, a preto sa zaviedla nútená inštitucionalizácia. Práve obdobie

29 A. Tokárová a kol. 2003. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Prešov. ISBN: 80-968367-5-7.

30 K. Repková. (2005) Rozmach ústavnej starostlivosti. <http://www.historiarevue.sk/index.php?id=2005repkova5>

31 S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZaSP sv. Alžbety. Bratislava.

50. a 60. rokov bolo obdobím budovania veľkokapacitných inštitúcií v rámci Československa, ale aj v rámci celej Európy. Práve do konca 60. rokov môžeme vnímať podobný vývoj nielen vo východnej Európe, ale aj v západnej Európe, kde v tomto období existovala silná inštitucionálna kultúra. Väčšina týchto ústavov bola budovaná mimo bežnej komunity. Toto sa dialo nielen v našich končinách, ale často aj v zahraničí.³² U nás sa vďaka znárodneniu veľkého množstva cirkevných budov, ale aj kaštieľov a zámkov, začali budovať ústavy práve v týchto priestoroch.³³

Zákon č. 55/1956 Zb. o sociálnom zabezpečení v rámci ústavného zaopatrenia definoval nasledujúce ústavy sociálnej starostlivosti:

- a) Ústavy pre staré osoby
- b) Ústavy pre osoby s trvalými telesnými alebo zmyslovými chybami, ktorých ošetrovanie v zdravotníckom zariadení nie je nutné
- c) Ústavy pre osoby, ktoré pre trvale upravené chorobné stavy nepotrebujú liečebnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení, avšak potrebujú ústavné zaopatrenie³⁴

Zároveň mohla vláda ešte určiť aj to, že niektoré ústavy pre deti a mládež s trvalými telesnými, zmyslovými alebo duševnými chybami sa mohli považovať za ústavy sociálnej starostlivosti. V ústavoch sa poskytovalo predovšetkým zaopatrenie, pracovná a kultúrna starostlivosť. Ako už bolo spomenuté, ústavy zriaďovali a spravovali predovšetkým národné výbory. Dozor nad sociálnou starostlivosťou mal Štátny úrad sociálneho zabezpečenia.

32 Autor tejto publikácie má dlhoročnú osobnú skúsenosť s bývalou veľkokapacitnou inštitúciou Naerlandheimen v Nórsku, ktorá vznikla v roku 1948 ako centrálna inštitúcia. Naerlandheimen bola samostatná izolovaná dedina na brehu mora od najbližšej dediny vzdialená približne 10 kilometrov. V areáli tejto inštitúcie sa nachádzali okrem obytných budov pre klientov, aj rodinné domy pre zamestnancov, kostol, priestory na pracovné aktivity, denné aktivity, spoločenské priestory, telocvičňa, plaváreň a celá infraštruktúra malej obce. V 60. rokoch bola priamo v areáli inštitúcie vybudovaná vysoká škola s odborom sociálna pedagogika. V ústave žili ľudia s postihnutím od 1 do 70 rokov a priemerná kapacita v najvyťaženejšom období, v 60. a 70. rokoch, bola 320 klientov a takmer 700 zamestnancov na plný alebo čiastočný úväzok. V roku 1990 sa tento ústav deinštitucionalizoval a momentálne slúžia jeho priestory pre komerčné účely.

33 Väčšina zariadení, ktoré boli zapojené v rokoch 2013 – 2015 do národného projektu podpory deinštitucionalizácie, vznikli práve v tomto období. Svoje služby poskytovali v priestoroch dnes už historických alebo bývalých administratívnych, predovšetkým v neúčelových budovách. Domov sociálnych služieb Lipka Lipová (1947), Domov sociálnych služieb Slatinka (1951), Domov sociálnych služieb Okoč – Opatovský Sokolec (1953), Domov sociálnych služieb Ladomerská Vieska (1954), Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov Kaštieľ Stupava (1958), Centrum sociálnych služieb Zátíšie Osadné (1961), Domov sociálnych služieb Adamovské Kochanovce (1963), Domov sociálnych služieb Merema (1966), Domov sociálnych služieb Lidwina Strážske (1972).

34 Zákon 55/1956 o sociálnom zabezpečení. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1956/55/19620401>

V roku **1975** sa menil zákon o sociálnom zabezpečení, ktorý priniesol aj zmeny v systéme poskytovania ústavnej starostlivosti. Myšlienka, ktorá stála na pozadí tejto legislatívy, bola, že zdravotné postihnutie znemožňuje, alebo podstatne sťažuje normálny spôsob výchovy, vzdelania a prípravy na povolanie. Vyhláška č. 134/1975 Zb., ktorou sa vykonáva zákon o sociálnom zabezpečení a zákon Slovenskej národnej rady o pôsobnosti orgánov Slovenskej socialistickej republiky v sociálnom zabezpečení, definovali druhy ústavov nasledovne:

a) Ústavy pre telesne postihnutú mládež

V týchto ústavoch sa poskytovala starostlivosť deťom a mládeži s telesným postihnutím vo veku od 3 do 18, prípadne 26 rokov, kde sa poskytovalo ubytovanie, zaopatrenie, ošatenie, zdravotná starostlivosť, rehabilitácia a vhodná príprava pre život. Príprava pre život zahŕňala predškolskú a školskú výchovu, prípravu na povolanie a mimoškolské činnosti. Existovala tu aj možnosť poskytnúť starostlivosť deťom a mládeži, ktorá žila mimo ústavu.

b) Ústavy pre mentálne postihnutú mládež

Tieto ústavy boli určené predovšetkým pre deti a mládež s mentálnym postihnutím vo veku od 3 do 26 rokov. Vyhláška definovala túto skupinu ako deti a mládež, ktorých rozumové schopnosti boli na takej nízkej úrovni, že ich nebolo možné vzdelávať ani v osobitných školách. Zároveň bola upravená možnosť prednostného prijímania detí a mládeže, ktoré mohli nepriaznivo ovplyvňovať vývoj súrodencov, alebo im nemohla byť poskytnutá starostlivosť v rodine. Na druhej strane bolo zakázané do týchto ústavov prijímať deti a mladistvých, ktorých rozumový vývoj bol následkom výchovnej zanedbanosti a detí a mládeže s akútnymi prejavmi psychických porúch ohrozujúcich okolie. Podobne ako v ústavoch pre telesne postihnutú mládež, aj v týchto zariadeniach sa poskytovalo ubytovanie, zaopatrenie, ošatenie, zdravotnícka starostlivosť, rehabilitácia a výchova zameraná podľa možnosti aj na pracovnú činnosť.

c) Ústavy pre denný a týždňový pobyt mentálne postihnutej mládeže

Vyhláška č. 134/1975 Zb. priniesla možnosť vytvárania zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím s denným a týždenným pobytom. Tieto zariadenia boli tiež určené pre deti vo veku od 3 do 26 rokov, ktoré podľa vyhlášky boli nevzdelávateľné,

s chybným vývojom stredného stupňa, ktoré boli oslobodené od školskej dochádzky. Nebolo možné do nich prijímať deti a mládež s ťažkým mentálnym postihnutím a ťažkým telesným postihnutím. V tomto type zariadení sa poskytovalo stravovanie, zdravotnícka starostlivosť a výchova aj so zameraním na pracovnú činnosť.

d) Ústavy pre dospelých občanov telesne postihnutých

Tento typ zariadení bol určený pre občanov s ťažkým telesným postihnutím vo veku od 18 rokov, ktorí potrebovali ústavné zaopatrenie, lebo im nebolo možné zabezpečiť potrebnú starostlivosť v doterajšom prostredí. Nemohli byť do nich prijímaní ľudia s mentálnymi postihnutím.

e) Ústavy pre dospelých občanov zmyslove postihnutých

Do týchto zariadení bolo možné prijímať len občanov so zmyslovým postihnutím s úplnou alebo praktickou slepotou alebo nepočujúcich občanov od 18. roku života, ak boli odkázaní na ústavnú starostlivosť. Bolo v nich možné vykonávať aj pracovné činnosti a mohli byť do nich prijatí aj ľudia s kombinovaným zdravotným postihnutím (zmyslové postihnutie a ľahké mentálne postihnutie).

f) Ústavy pre dospelých občanov mentálne postihnutých

Tieto ústavy boli určené pre občanov s ťažkým mentálnym postihnutím alebo kombinovaným postihnutím od 26 roku života, ktorí potrebovali ústavnú starostlivosť. Občania s ľahkým mentálnym postihnutím mohli byť prijatí do ústavu iba vtedy, ak potrebovali nevyhnutne ústavnú starostlivosť. Vo všetkých týchto typoch ústavov pre dospelých ľudí so zdravotným postihnutím sa poskytovalo ubytovanie, zaopatrenie, zdravotnícka starostlivosť, rehabilitácia, kultúrna starostlivosť a príležitosť na systematickú prácu vo vhodných podmienkach.

Okrem týchto základných typov ústavov boli súčasťou ústavného zaopatrenia aj **domovy dôchodcov a domov – penzióny dôchodcov**. V nich sa zabezpečovala starostlivosť pre seniorov, ak im túto starostlivosť nevedela zabezpečiť rodina, **opatrovateľská služba** (začala sa zabezpečovať dobrovoľne od roku 1963 a neskôr aj profesionálne) alebo iné služby sociálnej starostlivosti. Takéto rozdelenie druhov ústavnej starostlivosti existovalo do roku **1988**, kedy bol prijatý zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení a jeho vykonávanie vyhlásy.

Tento zákon zmenil druhy ústavnej starostlivosti nasledovne:

- a) ústavy pre telesne postihnutú mládež
- b) ústavy pre telesne postihnutú mládež s pridruženým mentálnym postihnutím
- c) ústavy pre telesne postihnutú mládež s viacerými chybami
- d) ústavy pre mentálne postihnutú mládež
- e) ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov
- f) ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov s pridruženým mentálnym postihnutím
- g) ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov s viacerými chybami
- h) ústavy pre zmyslovo postihnutých dospelých občanov
- i) ústavy pre mentálne postihnutých dospelých občanov
- j) domovy dôchodcov
- k) domovy – penzióny pre dôchodcov

Za zmienku stojí aj to, že v tomto zákone sa zaviedla tzv. **Koordinovaná starostlivosť o deti a mladistvých postihnutých na zdraví**, ktorá zabezpečovala prepojenie medzi zdravotníctvom, školstvom a sociálnymi vecami v starostlivosti o deti a mládež vo veku od 1 do 18 rokov, ktoré vyžadovali dlhodobú a komplexnú koordinovanú zdravotnú, sociálnu a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť. Zároveň je potrebné spomenúť aj to, že v týchto zariadeniach existovala orientácia na pracovné činnosti a existovali tu aj **chránené dielne a pracoviská**. Starostlivosť o deti s postihnutím do troch rokov bola zabezpečovaná v **dojčenských ústavoch**, ktoré boli zdravotníckym zariadením.

Ústavná starostlivosť v tomto období mala často snahu poskytovať komplexnú starostlivosť na jednom mieste. Bolo však vidieť rozdiely medzi starostlivosťou v ústavoch pre deti a mládež a v ústavoch pre dospelých. **MUDr. Tomová** popisuje poskytovanie starostlivosti v Domove sociálnych služieb ROSA (predtým Domov slovenských mrzáčkov v Bratislave) v tomto období v knihe *Integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím nasledovne: „Zásluhou lekárov s ortopedickou erudíciou, ktorým bola zverená ústavná starostlivosť, bola v rokoch 1940 až 1960 prioritná ortopedická intervencia s množstvom úspešne vykonaných*

ortopedických zákrokov na Ortopedickej klinike a menšie zákroky priamo v zariadení sociálnych služieb (tzv. škola prof. MUDr. Červeňanského). Celkový trend ústavnej starostlivosti sa rozvíjal v súčinnosti s potrebami, ktoré vyplynuli z aktuálnej skladby diagnóz a charakteru zdravotných postihnutí. Od začiatku 70. rokov dominovala v morbidite vykazovanej v ústavnej starostlivosti v oblasti zdravotného postihnutia predovšetkým detská mozgová obrna so všetkými prejavmi postihnutia motorického aparátu. Zdravotná starostlivosť sa vzhľadom na neurotopický charakter zdravotných postihnutí posúvala na stranu neurologicko-rehabilitačnej starostlivosti. Všeobecná zdravotnícka starostlivosť v ústavoch sociálnych služieb smerovala k poskytovaniu liečebno-preventívnych postupov zameraných na základné aj pridružené ochorenia, kuratívu, dispenzarnú starostlivosť a k poskytovaniu adekvátnej rehabilitačnej a ošetrovateľskej intervencie. Základný smer zdravotníckeho pôsobenia bol profilovaný kontinuálnym sledovaním somatického a psychického vývoja pacientov so závažnými chronickými ochoreniami centrálnej nervovej sústavy a pohybového aparátu a zabezpečovaním pravidelných neurologických a ortopedických vyšetrení vykonávaných konziliárnymi lekármi – špecialistami priamo v zariadení. Z celkového počtu detí v ústavnej sociálnej starostlivosti bola vyčlenená asi tretina pacientov na lôžkovom oddelení, kde boli umiestnení pacienti s mimoriadne závažnými postihnutiami pohybového aparátu s celkovou imobilitou, pacienti s progredujúcimi neurodegeneratívnymi ochoreniami, osoby porážštepoch chrčtice s inkontinenciou a paraplegiou. Tieto zdravotné stavy si vyžadovali kompletnú celodennú ošetrovateľskú starostlivosť vo všetkých základných životných a hygienických úkonoch. Neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti bolo rehabilitačné oddelenie s personálnym a materiálnym vybavením smerujúcim k efektívnemu ovplyvňovaniu ochorení, stabilizovaniu aktuálneho statusu a celkovej somatickej a psychickej kondície. Ústavné zariadenie malo určenú pobytovú kapacitu viazanú na priestorové a ubytovacie možnosti. Pomer prijímateľov služieb umiestnených v ústave na celoročný a týždenný pobyt a prijímateľov služieb s denným dochádzaním bol kolísavý, v závislosti od rozhodnutia rodičov a ich finančných možností. Všetky deti vo veku povinnej školskej dochádzky navštevovali základnú školu, remeselnú prípravu a neskôr profilujúce sa učilište s viacerými učebnými odbormi vhodnými pre telesne a mentálne postihnutú mládež. Zdravotnú starostlivosť mimo lekárov zabezpečovali kvalifikované zdravotné sestry, rehabilitační pracovníci a pomocný personál, ktorí spolu v ústavnom zariadení tvorili 30 až 40 % z celkového počtu zamestnancov. Vysoko hodnotené bolo pôsobenie rehoľných sestier školskej Kongregácie De Notre Dame, od roku 1968 do roku 2010. Väčšina rehoľníčok boli kvalifikované učiteľky a vychovávateľky, zdravotné a rehabilitačné sestry. Zvláštnym spôsobom vedeli navodiť vlúdnu, pokojnú atmosféru medzi

*pacientami aj personálom, ktorá deťom pri dlhodobých pobytoch nahradzovala domáce prostredie a vyplňovala voľný čas inšpiratívnymi a zaujímavými aktivitami.*³⁵

V ústavnej starostlivosti prevládal medicínsky alebo zdravotnícky prístup. Zdravotné postihnutie bolo vnímané predovšetkým ako konkrétna diagnóza, ktorá sa musí liečiť a občania so zdravotným postihnutím mali pasívnu úlohu pacientov (aj v súčasnosti sa ešte sporadicky stretávame v sociálnych službách s používaním termínu pacient). Občania so zdravotným postihnutím boli vnímaní ako abnormálni a z tohto dôvodu boli často nútene inštitucionalizovaní a segregovaní v inštitucionálnych zariadeniach. V rámci tohto prístupu vládlo a vládne presvedčenie, že občania so zdravotným postihnutím nedokážu žiť samostatný a nezávislý život, ale potrebujú čo najviac rehabilitácie a liečenie, aby dosiahli určitý stupeň samostatnosti. Toto sa odzrkadľovalo aj v legislatívnom nastavení. Zodpovednosť bola predovšetkým na zdravotníckom personáli a lekároch. Tento medicínsky, ale aj charitatívny prístup vo svojom historickom kontexte, mali za cieľ pomôcť a podporiť občanov so zdravotným postihnutím a toto je potrebné vnímať pozitívne. Avšak negatívne dôsledky charitatívneho a medicínskeho prístupu na život človeka so zdravotným postihnutím z hľadiska súčasného poznania v spoločnosti sú predovšetkým morálne, eticky a profesionálne neakceptovateľné. Tieto negatívne dôsledky predstavujú to, čo v súčasnosti nazývame aj **inštitucionálna kultúra**. Medzi hlavné znaky inštitucionálnej starostlivosti patria:

- **submisívnosť a nedostatok moci** – človek je podriadený, má často pasívnu rolu, nemôže rozhodovať ani o základných bežných veciach vo svojom živote a musí sa prispôbiť pravidlám fungovania organizácie, ktorá ho podporuje bez toho, aby mu bolo umožnené to akokoľvek ovplyvniť.
- **stigmatizácia a nízky sociálny status** – znamenajú predovšetkým negatívne onálepkovanie človeka a jeho vnímanie, ako niekoho, kto má nižšiu hodnotu pre spoločnosť a je menejcenný, v minulosti bolo bežné plošné zbavovanie spôsobilosti na právne úkony všetkých ľudí so zdravotným postihnutím (predovšetkým s mentálnym alebo duševným postihnutím), ktorí sa dostávali do ústavných zariadení sociálnej starostlivosti.

35 Cangár a kol. 2016. Integrovaná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava. ISBN: 978-80-972551-1-4.

- **nútená inštitucionalizácia** – ľudia sú často umiestňovaní do zariadení sociálnej starostlivosti aj napriek ich nesúhlasu alebo na základe nedostatočnej informovanosti o možnostiach ich podpory v komunite.
- **segregácia od lokálnej komunity** – zariadenia sociálnej starostlivosti boli vytvárané a umiestňované mimo bežnú komunitu, často v starých neúčelových budovách na konci obcí, respektíve mimo obcí. Objekty boli často ohradené plotmi a boli uzavreté. Tento spôsob segregácie mal vplyv aj na vnímanie ľudí s postihnutím ako niekoho, kto musí byť zavretý a oddelený od spoločnosti a jeho dôsledkom je často iracionálny strach bežnej spoločnosti z toho neznámeho, z toho, čo je segregované. Ale platí to aj opačne. Existujúci strach ľudí, ktorí žili v zariadeniach z toho, že za plotom je to nebezpečné a tu sa o nás dobre postarajú a ochránia nás. Toto viedlo aj k depersonalizácii, nízkemu sebavedomiu občanov so zdravotným postihnutím a k nedostatočne rozvinutým sociálnym vzťahom.
- **závislosť** – vytvorená závislosť na pracovníkoch zariadení a profesionáloch, že iba oni najlepšie vedia, čo občania so zdravotným postihnutím potrebujú. Tento prístup mal za dôsledok vytvorenie tzv. **naučenej pasivity a naučenej bezmocnosti**, ktorých prekonávanie je jednou z hlavných výziev **individuálneho prístupu** v sociálnej starostlivosti.
- **dobrovoľnosť namiesto práv a povinností** – hovorí o tom, že je na dobrovoľnosti majoritnej spoločnosti, akým spôsobom bude podporovať alebo nepodporovať občanov so zdravotným postihnutím, a či majú vôbec právo na život v bežnej spoločnosti alebo nie.³⁶

Zásadná zmena v pohľade na ústavnú starostlivosť vo svete súvisela s prelomovou publikáciou kanadsko-amerického sociológa **Ervina Goffmana** s názvom *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, ktorá vyšla v roku 1961. Goffman v nej presne definoval pojem **totálna inštitúcia**. Termínom „totálna inštitúcia“ označuje Goffman tie organizácie, ktoré tvoria pre svojich členov prostredie, ktoré sa v zásade odlišuje od skutočného sveta, takého, aký je známy bežným občanom modernej spoločnosti. Goffman

36 M. Cangár. 2015. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť ako východisko ľudsko-právneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb. In *Integrácia* 3–4/2015. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava. ISSN – 1336-2011.

definuje totálnu inštitúciu ako miesto, ktoré je súčasne bydlisko aj pracovisko, a v ňom väčší počet podobne situovaných jedincov izolovaných na dlhšiu dobu od okolitej spoločnosti vedie spoločne navonok uzavretý a formálne kontrolovaný spôsob života.³⁷ Ak si každá organizácia pre seba nárokuje určitú časť potenciálu a času svojich členov, potom totálne inštitúcie sa vyznačujú tým, že ich nároky v tomto smere sú maximálne. Goffmana pri tom predovšetkým zaujíma formovanie štruktúry osobnosti v týchto extrémnych podmienkach. Vo svojej publikácii delí totálne inštitúcie na **päť typov**:

1. Inštitúcia vytvorená za účelom starostlivosti o tých, o ktorých sa vie, že sa nedokážu postarať sami o seba (seniori, siroty, ľudia s ťažkým zdravotným postihnutím).
2. Zariadenie pre osoby, ktoré sa nedokážu o seba postarať, a zároveň môžu byť z rôznych dôvodov nebezpeční pre spoločnosť (ľudia s nákazlivými chorobami, nebezpeční ľudia s mentálnym postihnutím, atď.).
3. Inštitúcie zriadené kvôli ochrane spoločnosti pred nebezpečnými osobami. Tu nejde o pohodlie chovancov, ale o ochranu druhých (väzenie, ústavy na prevýchovu neplnoletých, záchytné tábory).
4. Inštitúcie pre realizácie určitých technických záležitostí súvisiacich s chodom spoločnosti (kasárne, námorné lode, internátne školy, atď.).
5. Inštitúcie, ktoré majú umožniť svojim obyvateľom utiahnúť sa pred svetom (kláštory, azyly rôzneho typu).

Ústavnú starostlivosť môžeme presne v tomto kontexte vnímať ako totálnu inštitúciu. Spoločnou črtou totálnych inštitúcií je to, že v jednom priestore sa vykonávajú všetky aktivity od bývania, cez stravovanie, prácu, voľnočasové aktivity či vzdelávanie. Toto však nie je v bežnej spoločnosti prirodzené. Okrem toho sa všetky aktivity vykonávajú pod dohľadom a dozorom autority (paternalistický prístup), čo tiež v bežnej spoločnosti nie je zvyčajné. Základným znakom totálnej inštitúcie považuje Goffman to, že ide o organizované a skupinové napĺňanie potrieb veľkého počtu ľudí v rámci byrokratickej organizácie, ktoré sú akoby špecializované na zmenu osobnosti človeka. Vzťah medzi klientmi takejto organizácie

37 E. Goffman. 1961. *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books. New York. 1990. ISBN: 0-385-00016-2.

a pracovními je veľmi rozdielny, a to hlavne z dôvodu, že každá skupina má iný pohľad na hodnoty života. Existuje medzi nimi veľká sociálna bariéra a správanie klientov je prísne kontrolované, čo vedie k odlišnému postojom k životu a často k naučenej bezmocnosti a naučenej pasivite. Z týchto dôvodov je **život v totálnej inštitúcii nezlučiteľný so súčasným vnímaním a hodnotami založenými na ľudských právach a osobnej slobode jednotlivca a celý tento systém je presným protipólom bežného života.**

Riziká ústavnej starostlivosti si uvedomovali aj metodici Ministerstva práce a sociálnych vecí ČSR. V publikácii z roku 1981, Metodika výchovné práce v ústavoch sociální péče, sa uvádza nasledovné: „*Ústavní prostředí a život se značně liší od podmínek normálního života. Působí zde hlavně nevýhoda monotónnosti a podnětového stereotypu. Proto je třeba se ve výchovné práci co nejvíce přibližovat podmínkám normálního života a běžné životní praxi.*“³⁸

No oveľa jasnejšie na riziká inštitucionálneho prístupu upozorňovali aj niektorí odborníci v Československu, napríklad **Zdeněk Matejček, Josef Langmeier, Karol Matulay, Jozef Černay, Jozef Benko** a neskôr **Milan Cháb a Slavomír Krupa**. Zdenek Matejček sa spolu s Josefem Langmeierem venovali výskumu psychickej deprivácie v ústavnej starostlivosti o deti a napísali prelomovú knihu v tejto oblasti Psychická deprivace v dětství. Zdeněk Matejček sa podieľal aj na tvorbe filmu Deti bez lásky, ktorý veľmi výstižne demonštruje dôsledky ústavnej starostlivosti u detí. Matejček a Langmeier práve svojím výskumom a prácou v tejto oblasti zadefinovali jeden z kľúčových znakov, ktorý je dôsledkom inštitucionálnej kultúry, a to psychickú depriváciu.

Na Slovensku medzi kľúčové osobnosti v tejto oblasti patril prof. MUDr. Karol Matulay, ktorý sa dlhodobo venoval, okrem iného ku koncu svojho dlhoročného profesionálneho pôsobenia, aj práci s deťmi s mentálnymi postihnutím. Prof. MUDr. Matulay³⁹, na rozdiel od väčšiny odborníkov na Slovensku a v Česku, tvrdil, že mentálne postihnutie je multifaktoriálnou poruchou somatiky a psychiky a túto poruchu by mal diagnostikovať multidisciplinárny tím zdravotných, sociálnych a pedagogických pracovníkov. Prof. MUDr. Matulay spolupracoval

38 J. Jenší et al. 1981. Metodika výchovné práce v ústavoch sociální péče. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR. Praha.

39 Podrobnejšie sa o živote prof. MUDr. Karola Matulaya môžete dočítať v knihe: Prof. MUDr. Karol Matulay. Nestor slovenskej psychiatrie a neurológie. Osveta. 1996.

s viacerými významnými medzinárodnými odborníkmi, okrem iných aj s **Tomom Muttersom z Nemecka a Karlom Grunewaldom⁴⁰ zo Švédska**. V roku 1982 vznikol, pod vedením **Doc. PhDr. Slavomíra Krupu, PhD.**, v Bratislave jeden z prvých denných ústavov pre deti mentálnym postihnutím na Lipského 13. V tom istom roku s ním začal prof. MUDr. Matulay, už ako dôchodca, veľmi úzko spolupracovať. Spolupráca Slavomíra Krupu, najvýznamnejšieho odborníka, ale aj praktika v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie na Slovensku a prof. MUDr. Matulaya, ale aj ďalších zamestnancov ÚSS Lipského, ako napr. Pavla Kailinga, Jaroslavy Šickovej alebo Kataríny Sabovej, viedla k tomu, že zariadenie dlhodobo patrilo k inovátorom v oblasti sociálnej starostlivosti o deti s mentálnym postihnutím. Prof. MUDr. Matulay spolu s ďalšími priekopníkmi v starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím na Slovensku ako MUDr. Benko, MUDr. Černay, **PhDr. E. Breštenská, MUDr. Frank**, ale aj prof. Karl Grunewald a iní napísali v roku 1986 publikáciu *Mentálna retardácia a neskôr aj publikáciu Ošetrovanie mentálne poškodených* (1989).

Tieto publikácie patrili medzi najdôležitejšie v oblasti starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím. V roku 1986 sa v Martine realizovala 4. konferencia o mentálnej retardácii, kde okrem iných odborníkov vystúpil aj prof. Karl Grunewald s príspevkom *Mentálne retardovaní – základné princípy života*. Práve spolupráca prof. MUDr. Matulaya s medzinárodnými odborníkmi, ale aj s tými slovenskými, v praxi posúvala, napriek štátnej ústavnej kultúre, starostlivosť o ľudí s postihnutím ďalej k inovatívnym prístupom.

V 70. a 80. rokoch začali vznikať Okresné ústavy sociálnych služieb, ktorých úlohou bolo riadiť a spravovať ústavnú starostlivosť. Tieto okresné ústavy vytvorili medzičlánok riadenia medzi národným výborom a samotným ústavom. Na všetkých krajských národných výboroch a výbore Bratislava hlavné mesto vznikli metodické strediská, ktoré riadili ÚSS v danom kraji. Cieľom týchto metodických stredísk bolo metodicko-odborné riadenie ústavov sociálnych služieb najmä vo výchovnej a zdravotnej oblasti. Takto sa v 80. rokoch zvýšila **administratíva a byrokracia** okolo ústavnej starostlivosti. Existujúci stav sa hneď po roku 1989 kritizoval a hľadali sa riešenia, ako ho zmeniť. Veľmi významnou udalosťou v 80. rokoch bolo založenie

40 Karl Grunewald je švédsky psychiater, ktorý dlhé roky pracoval v oblasti sociálnych služieb a presadzovania komunitných služieb a inklúzie. Je autorom tzv. princípu „malej skupiny“, ktorý tvorí východisko pre definovanie maximálneho počtu osôb, ktoré dlhodobo žijú na jednom mieste tak, aby sa dalo predchádzať vzniku inštitucionálnej kultúry. Zároveň je autorom mnohých publikácií, pre bližšie štúdium odporúčame *Zavrite ústavy pre mentálne postihnutých*. Každý môže žiť v otvorenej spoločnosti - <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000182.pdf?seek=1188218595>

občianskeho združenia **Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím** (ďalej len **ZPMP**), pri ktorého zrode, okrem rodičov a ďalších odborníkov, stáli aj už spomenutí MUDr. Černay, MUDr. Benko a prof. MUDr. Matulay. ZPMP od svojho založenia dlhodobo pracovalo na podpore a zmene starostlivosti o osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike a robí tak veľmi aktívne aj v súčasnosti.⁴¹ Predovšetkým rodičia združení v ZPMP v SR ako prví nepriamo deklarovali potrebu transformácie a deinštitucionalizácie, lebo nevideli žiadnu perspektívu v tom, aby ich deti skončili vo svojich 18. rokoch v ústavnej starostlivosti, keďže pre nich neexistovali žiadne komunitné služby.

Práve tieto aktivity viedli k tomu, že začiatkom 80. rokov sa vo väčšej miere snažili národné výbory zriaďovať ústavy pre mentálne postihnutých s denným pobytom. Tieto zariadenia sa budovali predovšetkým v nevyužitých objektoch materských škôl a detských jasí, prípadne odkúpením rodinných domov. Podnetom k zriaďovaniu denných a týždenných ústavov bola snaha Ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí Slovenskej republiky vyjsť v ústrety potrebám a požiadavkám rodín s deťmi s mentálnym postihnutím a zámer realizovať sociálnu starostlivosť v súlade s celosvetovým trendom. V roku 1987 bolo prijaté uznesenie vlády Slovenskej republiky, ktoré ukladalo národným výborom potrebu zriaďovať denné a týždenné ústavy. Túto situáciu koncom 80. rokov popisovalo Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí Slovenskej republiky takto: *„Krajské národné výbory, okrem Stredoslovenského KNV, však dostatočne túto možnosť nevyužívajú, napriek tomu, že ÚSS s denným a týždňovým pobytom sa vzhľadom na našu ekonomickú situáciu javia ako optimálna forma ústavnej sociálnej starostlivosti. Sú spravidla s kapacitou 15 až 30 miest, a keďže ich možno zriaďovať v nevyužitých objektoch, sú vcelku nenáročné na investície. Okrem toho je možné v nich uplatňovať moderné formy sociálnej starostlivosti, poskytovať psychologické služby, špeciálno-pedagogické prístupy, poradenské služby rodičom, pripravovať mentálne postihnutých na samostatný život v chránenom bývaní a prácu v chránených dielňach. Podmienky k tomu vytvára aj priaznivá štruktúra pracovníkov týchto ÚSS, keď 41,4 % tvoria pedagogickí a 31,4 % zdravotnícki pracovníci a existuje tu denný kontakt s rodičmi detí. V súčasnosti je ÚSS s denným a týždenným pobytom v celej Slovenskej republike spolu 12 a to a to tri v Bratislave, jeden v Západoslovenskom kraji, jeden v Košiciach a sedem v Stredoslovenskom kraji. Najlepšie z hodnotenia vychádzajú okresy v Stredoslovenskom*

41 Viac o činnosti a histórii ZPMP sa dozviete tu: <http://www.zpmpvsr.sk/casopis/informacie/2015/1-2.pdf>

*kraji, kde v rokoch 1988 až 1989 na základe uznesenia Rady Stredoslovenského KNV zriadili šesť ÚSS s denným a týždenným pobytom.*⁴²

V 80. rokoch už vidíme silnejúci vplyv podpory **komunitných služieb** a vytvárania alternatívy k tradičnej inštitucionálnej starostlivosti. Medzi priekopnícke zariadenia na Slovensku patrili hlavne zariadenia v Bratislave, a to už spomínané ÚSS na Lipského ulici, kde pod vedením Slavomíra Krupu realizovali inovatívne prístupy v diagnostike, výchove a starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím, ale aj podpory rodičov detí a mládeže s mentálnym postihnutím.

Ďalej aj v ÚSS Lubinská 543 v Bratislave (neskôr DSS Javorinská), kde sa pod vedením Eleny Dovinovej, a predovšetkým neskôr pod vedením **Jána Škotta**, venovalo hlavne pracovným činnostiam a zamestnávaniu, ale aj kultúrnym aktivitám. Za spomenutie stojí aj Ústav sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnuté deti a mládež – denný pobyt Žilina, kde od jeho vzniku v roku 1988 pôsobila **Soňa Holúbková**, jedna z priekopníčok komunitných služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike.⁴⁴ Paradoxom je, že už v tomto období sa aj z **pozície Ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí SR upozorňovalo na potrebu systémovej zmeny a nepriamo aj prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť**, ale ešte aj takmer po 20 rokoch bola zo strany MPSVR SR presadzovaná podpora inštitucionálnej starostlivosti s kapacitou nad 50 miest v rámci ROP, ktorá je v jasnom rozpore s vyššie uvedeným textom. Tento historický pohľad nás môže iba utvrdiť v tom, že sa za posledných viac ako 30 rokov **opakovane premárnila šanca systémovo zmeniť starostlivosť a podporu ľudí so zdravotným postihnutím** tak, aby boli rovnoprávnymi občanmi bežnej spoločnosti.

Situáciu v ÚSS v Slovenskej republike je možné ilustrovať na údajoch o počte miest v ÚSS k 31. 12. 1989. Ako vyplýva z tabuľky č. 1, na Slovensku bolo 8 914 miest v ÚSS pre osoby s mentálnym postihnutím a z toho v ústavoch pre dospelých bolo 5 659 miest.

42 Správa o stave v starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení. Materiál na operatívnu poradu ministra zdravotníctva a sociálnych vecí SR. Máj 1990.

43 ÚSS Lubinská 5 patril medzi prvé zariadenia s denným pobytom v SR pre deti a mládež s mentálnym postihnutím, vznikol v roku 1969. V roku 1980 sa v tomto zariadení konalo ustanovujúce zasadnutie ZPMP v SR.

44 Práve na pôde tohto ÚSS v Žiline vznikol v roku 1990 legendárny medzinárodný festival tvorivosti a fantázie Jašidielňa, ktorý vďaka rodine Holúbkovcov 25 rokov veľmi úspešne podporoval inklúziu ľudí s mentálnym postihnutím nielen v Žiline a na Slovensku, ale aj v iných krajinách.

Ak to porovnáme so súčasným stavom, je možné vidieť výrazný, takmer štvornásobný nárast ústavnej starostlivosti pre ľudí s mentálnym postihnutím (v roku 2016 je to odhadom 20 000 ľudí). Ak sa pozrieme na týždenné a denné pobyty v roku 1989, tak vidíme, že spolu to bolo 386 miest a v roku 2014 to bolo 4 966 miest.⁴⁵ Tieto štatistické údaje potvrdzujú, že systémová zmena prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa napriek tomu, že existovali rôzne iniciatívy a aj fakty o neefektívnosti ústavnej starostlivosti, vôbec neuskutočnila a zatiaľ ani zásadne neuskutočňuje. Pritom Slovensko má spracované strategické dokumenty a ratifikovalo medzinárodné dokumenty v tejto oblasti. Podrobnejšie sa však tomuto vývoju budeme venovať v nasledujúcich kapitolách.

Kraj	Počty miest v ÚSS				Počet 1 – 4 postelových izieb	Počet 5 a viac postelových izieb	Počet spoločenských miestností
	Celkom	Z toho v ÚSS pre dospelých	Z toho v ÚSS pre mládež				
			Spolu	V tom ÚSS s denným a týžden- ným po- bytom			
Národný výbor hl. mesta SR Bratislavy	236	46	190	190	-	3	14
Západoslovenský kraj	3.532	2.434	1.098	20	364	310	118
Stredoslovenský kraj	2.526	1.494	1.032	136	215	229	70
Východoslovenský kraj	2.620	1.685	935	40	238	247	81
Slovenská republika spolu	8.914	5.659	3.255	386	817	789	283

Tabuľka č. 1

Prehľad o počtoch miest v ústavoch sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých a o ubytovacích podmienkach k 31. 12. 1989.

Zdroj: Plánovacie karty ÚSS. Štatistické informácie v roku 1990 Federálny štatistický úrad a Slovenský štatistický úrad.

⁴⁵ Správa o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2015. MSPVR SR. Bratislava <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticky-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvatelstva-za-rok-2015.pdf>

Sociálne služby v rokoch 1990 – 2003

Po roku 1989 sa rozvíjali aj laby v starostlivosti a podpore o ľudí so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike.

Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí vypracovalo v máji 1990 správu o stave starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení.⁴⁶ Cieľom tejto správy bolo posúdenie vtedajšieho rozsahu a úrovne sociálnej starostlivosti o populáciu mentálne postihnutých občanov umiestnených v ústavoch sociálnej starostlivosti. Zároveň mala táto správa ambíciu navrhnúť východiská pre riešenie akútnych problémov zlepšenia tejto starostlivosti v súlade s trendom vo vyspelých európskych krajinách a so záväzkami Československa prijatými na pôde OSN, a to pripojením sa k **Deklarácii o právach mentálne retardovaných**.

Už v tomto období sa správa odvolávala na multidisciplinárny charakter a rozsiahlosť problematiky, ktorá zasahovala celé spektrum života osôb s mentálnym postihnutím: foriem poradenstva rodičom, integrácie ľudí s mentálnym postihnutím do spoločnosti, postavenia rodín s mentálne postihnutými deťmi a aj postavením samotných občanov s mentálnym postihnutím. Správa sa venovala výlučne ústavnej starostlivosti a ostatné oblasti spomenula len veľmi okrajovo. Štatistický prehľad v správe uvádzal prevalenciu mentálneho postihnutia na úrovni cca 3,5 až 4 % populácie. Autor správy odhaduje, že len v Slovenskej republike je približne 100 000 občanov s mentálnym postihnutím, z toho 7 % s ťažkým mentálnym postihnutím a 25 % so stredným stupňom mentálneho postihnutia.

Autori správy popisovali vtedajší stav sociálnej starostlivosti nasledovne: *„Súčasný stav sociálnej starostlivosti o mentálne postihnutých je nepriaznivý. Dôsledná prevencia a včasná diagnostika mentálnej retardácie chýba. Verejnosť nie je v dostatočnom rozsahu informovaná o tomto stave a v dôsledku zamlčovania informácií sa neodstránili predsudky voči tejto časti populácie. Rezort zdravotníctva a sociálnych vecí nemá dostatok kvalifikovaných pracovníkov sociálnej starostlivosti a ÚSS sú zväčša v neúčelových budovách na okrajoch*

⁴⁶ Správa o stave v starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení. Materiál na operatívnu poradu ministra zdravotníctva a sociálnych vecí SR. Máj 1990.

obcí. V dôsledku toho sú v ÚSS nevhodné ubytovacie podmienky a neatraktívne pracovné prostredie. Je potrebné vytvoriť systém prípravy pracovníkov a výchovy verejnosti k zmene odmietavého postoja voči mentálne postihnutým. Rodiny v súčasnosti, napriek čiastkovým výhodám a pomoci národných výborov, dávajú prednosť umiestneniu svojich príbuzných v ÚSS. Humanizácia života spoločnosti žiada zmeniť koncepciu starostlivosti o mentálne postihnutých tak, aby sa dôraz preniesol na ich integráciu do života v chránenom bývaní a na chránených pracoviskách. Treba vytvoriť možnosti výberu celoživotného pobytu v ÚSS v ľudských podmienkach alebo odchodu po príprave do života. Pre tento účel sa optimálne hodia ÚSS s denným a týždňovým pobytom, v ktorých je starostlivosť porovnateľná s vývojom vo svete. Pri zmene modelu štátnej správy je potrebné posilniť samostatnosť ÚSS, legislatívne upraviť účasť cirkví, svojpomocných organizácií a súkromných organizácií v starostlivosti o mentálne postihnutých. Po navrhovanom zrušení KNV a zmene funkcie medzičlánkov riadenia sa žiada zásadne upraviť stav odborníkov na úrovni MZSV SR.⁴⁷

Z textu správy je však stále možné vidieť, že mentálne postihnutie nebolo vnímané ako multifaktorové, ale predovšetkým ako dôsledok genetických anomálií, alkoholizmu a fajčenia v tehotenstve, aj keď čiastočne pripúšťa aj iné ekologické vplyvy.

V roku 1990 bola ešte stále právne zakotvená koordinovaná spolupráca v starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím. Celkovo bolo **v roku 1990 v ústavoch sociálnej starostlivosti 8 914 obyvateľov.**

Starostlivosť o deti s mentálnym postihnutím prebiehala tak, že pri zistení alebo podozrení na poruchu obvodný lekár zasielal dieťa k príslušnému odborníkovi. Zároveň bolo dieťa u svojho obvodného lekára dispenzarizované. Súčasne nahlasoval dieťa do evidencie okresného národného výboru, ktorý mal v rámci koordinovanej starostlivosti zabezpečiť poradenskú pomoc a služby dieťaťu a rodine v spolupráci so zainteresovanými orgánmi a inštitúciami. Včasné poradenstvo rodičom a komplexná pomoc týmto deťom však neboli dostatočne rozvinuté. Väčšinou fungovali vo veľkých mestách (Bratislava, resp. Košice). Ministerská správa konštatovala, že neexistuje aktívne vyhľadávanie rodín s deťmi s mentálnym postihnutím zo strany inštitúcií. Častejšie sa dostávali k informáciám rodiny, ktoré mali deti umiestnené

47 Správa o stave v starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení. Materiál na operatívnu poradu ministra zdravotníctva a sociálnych vecí SR. Máj 1990.

v ústavoch s dennou starostlivosťou. Správa konštatovala absenciu informovanosti o mentálnom postihnutí v rámci širokej verejnosti, dokonca konštatuje, že práve dôsledkom tejto neinformovanosti je negatívny postoj spoločnosti a predsudky voči ľuďom s mentálnym postihnutím. Rodiny s členom s mentálnymi postihnutím boli podľa tejto správy spoločensky dehonestované, čo viedlo k tomu, že sa zvyšovala ich snaha o umiestnenie člena s postihnutím do celoročnej ústavnej starostlivosti s následnou stratou kontaktu. Správa navrhovala, aby rozhlas, tlač, televízia, ale aj ostatné masmédiá vhodnou formou pravidelne vychovávali obyvateľstvo k humánnemu postoju k osobám s mentálnym postihnutím. Ministerská správa už naznačovala prvé návrhy na zriadenie terénnych komunitných služieb, predovšetkým v oblasti diagnostiky, rehabilitácie a poradenstva, a to spôsobom, že by v spádových oblastiach fungovali pri pediatrických ambulanciách terénni terapeuti. Zároveň sa tu už objavuje aj návrh vytvárania chránených bývaní pre dospelých s mentálnym postihnutím. Chránené bývanie bolo v tejto správe definované ako bytová jednotka slúžiaca bývaniu dospelých mentálne retardovaných, v ktorej je zabezpečený personál pre pomoc a poradenstvo v bežných životných situáciách.

V roku 1990 bolo na Slovensku 38 ústavov sociálnej starostlivosti pre deti a mládež a 45 ústavov sociálnej starostlivosti pre dospelých ľudí s mentálnym postihnutím. Správa konštatovala, že podmienky sociálnej starostlivosti, až na výnimočné prípady v ústavoch sociálnej starostlivosti s denným pobytom, boli nepriaznivé.

V správe sa uvádza nasledovné: „Z celkového počtu 83 ÚSS v SR je 50 (60,2 %) umiestnených v neúčelových objektoch, v starých zámkoch, bývalých kaštieloch, kúriách, kláštoroch a pod. so všetkými negatívnymi dôsledkami, ktoré z toho vyplývajú, ako sú vysoké náklady na údržbu, nedôstojné podmienky života, lokálne vykurovanie a ďalšie. Ďalej 21 ÚSS (26,2 %) je umiestnených v čiastočne účelových budovách s prístavbami popri neúčelových objektoch a len 12 (13,6 %) vo vyhovujúcich priestoroch po reprofilizácii nevyužitých detských jasíel a materských škôl, prípadne iných budov.“⁴⁸ Ďalej táto správa konštatuje, že v posledných 20 rokoch boli účelovo postavené len dve zariadenia sociálnej starostlivosti pre mládež, a to s kapacitou 320 miest v Oščadnici a v Tvrdošíne. Výber týchto lokalít však priniesol so sebou problém nízkej kvalifikácie personálu a tým aj nekvalitnej starostlivosti, aj napriek snahe

48 Správa o stave v starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení. Materiál na operatívnu poradu ministra zdravotníctva a sociálnych vecí SR. Máj 1990.

zamestnancov týchto zariadení. Už v tomto roku konštatovalo Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí SR, že prax umiestňovania zariadení sociálnej starostlivosti mimo regiónov obývania a využívanie neúčelových stavieb je charakteristické pre miestne orgány v 50. a 60. rokoch. Tento trend, žiaľ, pretrvával aj naďalej. Problematiku segregovania ústavov sociálnej starostlivosti uvádza aj príklad v tejto správe: „Pri prieskume, ktorý predchádzal vypracovaniu správy, sme zistili, že napr. z úrovne podpredsedu ONV v Prešove v roku 1989 nielen, že sa odmietlo zriadenie ÚSS pre mládež s denným pobytom s diagnostickými účelmi vo vhodnom objekte v Prešove, ale bolo rozhodnuté aj o premiestnení v súčasnosti existujúceho ÚSS pre mládež v Prešove do adaptovaných priestorov v osade Cemjata vzdalenej 15 km od okresného mesta. Z rovnakých príčin Bratislava dodnes nemá ÚSS s celoročným pobytom a Západoslovenský KNV plánuje výstavbu ÚSS s kapacitou 150 miest v horách za objektom Psychiatrickej liečebne v Pezinku.“⁴⁹

Správa o stave starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch z roku 1990 konštatovala, že dôsledky politiky umiestňovania ústavov do neúčelových budov sa odzrkadľovala aj na podmienkach bývania. Jej autori upozornili na to, že kultúra bývania obyvateľov a pracovné podmienky zamestnancov sa napriek vysokým investíciám do údržby týchto budov a ich prevádzky nezlepšili. V roku 1990 iba necelých 30 % obyvateľov v ústavoch bývalo v dvoch až štvorpostelových izbách a viac ako 70 % bývalo v izbách s piatimi až 14 posteľami. Aj v tomto období sa ešte prevádzkovali aj zariadenia, kde boli izby až s 18 až 20 posteľami. Napríklad zariadenia v Pohorelej, Lipovej, Pastuchove, Halíči, Gíraltovciach, Prešove a Horných Štitároch nemali ani jednu izbu s menej ako piatimi posteľami. V 80. rokoch sa nevybudovali, okrem dvoch zariadení v Oščadnici a Tvrdošíne, žiadne účelové zariadenia. Ale v priebehu týchto rokov sa v rámci komplexnej bytovej výstavby stavali len domovy – penzióny pre dôchodcov a staré neúčelové domovy dôchodcov sa reprofilizovali na ústavy pre mentálne postihnutých občanov. Od roku 1980 takto vzniklo 15 ústavov pre dospelých s mentálnym postihnutím. Kapacita ústavnej starostlivosti bola začiatkom 90. rokov predimenzovaná nad možnosti poskytovania týchto služieb. Tento stav vznikol v dôsledku požiadavky stranických orgánov a miestnych národných výborov zvyšovať kapacity podľa presne určených plánov a kvót s ohľadom na päťročné (až sedemročné) čakacie doby na umiestnenie v ústave. Tento stav sa snažil štát vyriešiť už spomínanou reprofilizáciou domovov dôchodcov na ústavy pre

49 Ibid.

ľudí s mentálnym postihnutím. Zároveň neexistovala takmer žiadna ponuka komunitných služieb. Ako je vidieť z tejto správy, trend segregovania ústavnej starostlivosti pretrvával aj v 80. rokoch aj napriek tomu, že tu už existovali iniciatívy, ktoré hovorili o potrebnej zmene. Podobný prístup, ako je v uvedenom príklade, však môžeme sledovať zo strany niektorých regionálnych samospráv aj v súčasnosti a tiež bol podporovaný aj v rámci Regionálneho operačného programu v rokoch 2009 – 2010. Viac o tom v ďalších kapitolách.

Pretrvávanie medicínskeho inštitucionálneho prístupu v ústavoch v 90. rokoch je možné vidieť aj v prehľade o štruktúre pracovníkov, kde priamu výchovnú prácu robilo len cca 6 % pedagogických pracovníkov v zariadeniach pre dospelých, v zariadeniach pre deti a mládež to bolo cca 11,5 % pracovníkov. Viac ako 30 % zamestnancov zabezpečovalo prevádzku ústavov a viac ako 50 % zabezpečovalo zdravotnú starostlivosť a okrem nej aj kultúrno-osvetovú činnosť. Tento stav a aj potreba väčšieho množstva pedagogických a sociálnych pracovníkov boli tiež dôvodmi zrušenia členenia ústavov podľa veku (veľký podiel pracovníkov stále tvorili reholné sestry). Ale napriek tomu bolo možné vidieť aspoň „papierový“ záujem o to, aby sa starostlivosť o ľudí s postihnutím zmenila, a to pretrvávajúcou podporou denných a týždenných pobytových služieb, ktoré súviseli aj rastúcim dopytom rodín, ktoré mali člena s mentálnym postihnutím.

Jeden z návrhov Ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí SR bol, aby sa v prvej polovici 90. rokov vybuďovalo v každom okresnom meste, eventuálne po zistení záujmu rodičov i v ďalších väčších mestách, zariadenie s denným a týždenným pobytom. Odhad Ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí SR bol nasledovný: *„Náklady na realizáciu tohto projektu za predpokladu, že zariadenia a prevádzka ÚSS s denným a týždenným pobytom o kapacite 30 – 40 miest si vyžaduje cca 2 – 3 mil. Kčs, by predstavovala odhadom 80 – 100 mil. Kčs pri vytvorení 35 – 40 ÚSS s počtom 1200 – 1500 miest v Slovenskej republike. Uvedený spôsob pozdvihnutia ústavnej sociálnej starostlivosti možno realizovať aj v uvažovaných zmenených podmienkach riadenia štátnej správy v súvislosti s prechodom na trhové hospodárstvo a nový model financovania a riadenia obcí a miest.“* Práve v tomto období na Slovensku vzniklo pomerne dosť zariadení sociálnych služieb s denným a týždenným pobytom, začali vznikať aj prvé chránené bývania.

Vychádzajúc z tejto správy, na začiatku 90. rokov navrhlo Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí SR viaceré opatrenia v oblasti dôchodkového zabezpečenia, nemocenského poistenia, sociálnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti, ktoré sa neskôr pretavili do oblasti

kompenzácií zdravotného postihnutia a sociálnych služieb. Návrh opatrení na humanizáciu sociálnej starostlivosti o mentálne postihnutých v Slovenskej republike si okrem iného dával za cieľ pripraviť koncepciu sociálnej starostlivosti mentálne postihnutých s cieľom postupnej integrácie do života spoločnosti, spracovanie návrhu na vytvorenie poradenského systému pre mentálne postihnuté deti od 0 až 3 rokov v záujme prevencie a včasnej pomoci rodinám s takýmito deťmi, vypracovanie harmonogramu postupného zriaďovania ÚSS pre mentálne postihnutých s denným a týždenným pobytom, zlepšovať životné a pracovné podmienky v ÚSS s celoročným pobytom, zabezpečiť informovanosť verejnosti o mentálnej retardácii, postupné vybudovanie systému poradenstva a rehabilitácie pre zdravotne postihnuté deti v domácnosti, vytvárať podmienky pre vznik chránených bývaní v rámci koncepcie bytovej politiky v záujme plnej integrácie mentálne postihnutých do života spoločnosti a zvyšovanie počtu zamestnancov v ústavoch tak, aby sa dosiahol priemerný počet troch miest na jedného pracovníka v ÚSS pre dospelých a dvoch miest na jedného pracovníka v ÚSS pre deti a mládež.

Situáciu na konci 80. a začiatku 90. rokov v oblasti starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím popisoval a poukazoval na potrebu zmeny systému aj prof. MUDr. Matulay vo svojom príhovore 25. 10. 1990 v ústave na Lipského 13 v Bratislave, ktorý bol po ňom pomenovaný na jeho počesť. *„Na celom svete sa ustupuje od veľkých ústavov. Čo najvhodnejšie sa považuje ponechať dieťa v rodine v starostlivosti matky do 3. roku života. Tento spôsob však vyžaduje služby do domova, do rodiny: všetci, či odborníci z lekárstva, či pedagógovia a psychológovia, rečovní a pohyboví špecialisti – to znamená mobilné služby – ako ich voláme. Včasná diagnostika a včasná liečba, čo je samo o sebe prevencia. Súčasná starostlivosť o rodinu a matku a vybudovanie služieb, ktoré odbremení matku od trvalej starostlivosti a opaterý.“*⁵⁰ Kvalitatívne bolo možné sledovať rozdiel medzi tým, ako fungovali ústavy s celoročnou starostlivosťou v porovnaní s ústavmi s denným a týždenným pobytom. Aby sme si vytvorili predstavu, ako fungovalo zariadenie s denným pobytom, uvádzame pomerne podrobné informácie z ústavu na Lipského ulici v Bratislave zo začiatku 90. rokov: *„Ústav je samostatná preddavková organizácia riadená priamo ObNV Bratislava IV. Prevádzka ústavu je od 6.30 hod. do 17.30 hod. – denný pobyt, to znamená, že deti k nám chodia ako do škôlky. Prevádzka je prispôbená denným potrebám a intenzívne sa do nej zapájajú aj chovanci. Stravovacia prevádzka zabezpečuje stravu deťom a to 3x denne – desiata, obed, olovrant.*

50 Prof. MUDr. Karol Matulay – písomné poznámky k príhovoru dňa 25. 10 1990.

Strava je prispôsobená potrebám detí. K výchove a terapii detí sa používa najnovšia technika, od farebného televízora, cez video, epirex, meotar, rôzne učebné pomôcky. Zabezpečovať takéto vybavenie je náročné i z hľadiska prevádzky (8 výchovných skupín). Ústav hospodári s plánovanými a pridelenými finančnými prostriedkami, ktoré sú prerozdeľované takým spôsobom, aby v konečnom dôsledku mali z toho najväčší prospech deti ústavu. V súčasnosti plánujeme realizovať dostavbu a rekonštrukciu. Priestory ústavu sú totiž v budovách bývalej materskej školy a jasiel, ktoré treba prispôbiť potrebám mentálne postihnutých detí. Dostavba sa bude týkať rozšírenia jedálne, vybudovania chránenej dielne a garáží. V ďalšej budove bude bazén a telocvičňa. V týchto priestoroch plánujeme celý rehabilitačný úsek. V zariadení je výchovný a diagnostický úsek. Z ekonomického pohľadu treba spomenúť i konkrétne čísla. Celkové náklady ústavu vrátane miezd pracovníkov za rok 1989 boli 2.682.000 Kčs, t. j. 25.302 Kčs ročné náklady na 1 dieťa (106 detí), t. j. 2.108 Kčs mesačné náklady. Oproti výdajom v roku 1989 sme mali príjmy z ošetrovného vo výške 380.000 Kčs. Napriek vysokým nákladom budeme v danom trende pokračovať, aby sme i naďalej skvalitňovali prácu pre deti a zabezpečili starostlivosť na najvyššej možnej úrovni.⁵¹

Vďaka legislatívnym zmenám v rokoch 1991 až 1992⁵² bolo umožnené poskytovať sociálnu starostlivosť aj neverejným organizáciám. V roku 1991 založil Slavomír Krupa v reakcii na dlhodobo deklarované potreby rodičov a mladých ľudí s mentálnym postihnutím **prvé zariadenie chráneného bývania – Betánia Senec**⁵³. Toto zariadenie vďaka spolupráci s ÚSS Lipského vytvorilo priestor pre komunitnú pobytovú službu pre osem ľudí s mentálnym postihnutím a neskôr ju dlhodobo viedol a rozvíjal Miroslav Krupa. O dva roky neskôr sa stal Slavomír Krupa riaditeľom Ústavu pre deti a mládež s telesným postihnutím na Mokrohájskej ulici v Bratislave. V rokoch 1993 až 1996 DSS vypracoval projekt chráneného bývania pre telesne postihnutých klientov, ktorí nemali stabilné rodinné zázemie a spravidla ostávali v zariadení počas celého roka, vrátane prázdnin a sviatkov. Vedenie ústavu prenajalo s príspevom nadácie INTEGRA v Ivanke pri Dunaji rodinný dom, ktorý poskytoval pre šesť klientov s telesným postihnutím domáce, bezbariérové prostredie. Ako hovorí Slavomír Krupa:

51 Zo správy o činnosti Ústavu prof. MUDr. Karola Matulay. 1990.

52 Zákon č. 135/1992 o poskytovaní sociálnych služieb právnickými a fyzickými osobami pripravený MPSVR SR za ministerky PhDr. Heleny Wolekovej, CSc. upravil možnosť poskytovania sociálnych služieb znovu aj pre iných poskytovateľov ako len štátnych. Tento zákon umožnil a výrazne napomohol rozvoju komunitných služieb zo strany mimovládnych organizácií v Slovenskej republike.

53 Betánia Senec vznikla za podpory organizácie Bethanien Solingen a hlavne vďaka manželom Slavomírovi a Jolanke Krupovcom, Ivanovi a Júlii Markušovcom, Dušanovi Kintlerovi, Igorovi Andrému a Františkovi Ciesarovi.

„Obec a susedia, miestna základná škola, spolužiaci, ľudová škola umenia, prijali nových obyvateľov medzi seba. V chránenom bývaní pracovali prevažne mladí zamestnanci, ktorým nerobil problém zmeniť systém a podmienky poskytovania sociálnych služieb v rodinnom dome. Klienti sa v prvých týždňoch prispôbili podmienkam života v domácnosti, spolu sa podieľali, podľa ich možností a schopností, na príprave raňajok, večere, udržiavaní poriadku v dome. S prekvapením zisťovali obyčajné, bežné veci (ako sa varí polievka, pripravuje druhé jedlo, po kúpaní je potrebné umyť vaňu, v dome nie je potrebné kričať, stačí len šepkať, o psíka, mačku je potrebné sa starať). Zamestnanci inštitúcie na Mokrohájskej prijímali projekt v Ivanke pri Dunaji s rozpakmi, lebo podľa nich mali klienti v ústave dobré podmienky pre život, a preto nevideli dôvod na zmenu.“⁵⁴ Potom, ako Slavomír Krupa v roku 1996 ukončil svoje pôsobenie v ústave na Mokrohájskej, bolo chránené bývanie v Ivanke pri Dunaji zrušené. Priamo v areáli ústavu na Mokrohájskej nové vedenie postavilo rodinný dom, do ktorého boli klienti presťahovaní naspäť.⁵⁵

Okrem Rady pre poradenstvo v sociálnej práci a Betánie vznikali aj ďalšie neštátne mimovládne a cirkevné organizácie, ktoré mali snahu presadzovať a poskytovať komunitné sociálne služby v Slovenskej republike. ZPMP v SR profesionalizovalo svoju činnosť, vznikli napr. organizácie Kresťanská liga pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku, KIDS, Spoločnosť Downovho syndrómu a ďalšie. Tieto prvé mimovládne organizácie po roku 1989 sa začali angažovať vo veľkej miere a vypracovali, okrem iných, aj dokument Návrh riešenia zásadných problémov ľudí s mentálnym postihnutím a realizácia ich spoločenskej integrácie. Autori tohto dokumentu upozorňovali, že v zariadeniach sociálnej starostlivosti s celoročným pobytom žije celkovo cca 10 000 ľudí. Zároveň upozorňovali na to, že mentálne postihnutie je problém medicínsky, etický, pedagogický, psychologický, sociálny i ekonomický, preto je nevyhnutná včasná diagnostika a intervencia. Vo svojom texte k ústavnej starostlivosti

54 Osobný rozhovor so Slavomírom Krupom. december 2016.

55 V oblasti podpory osôb s telesným postihnutím je možné badať to, že ak v komunite vzniká aj minimálna podpora (čiastočná integrácia a debarierizácia), tak ľudia silne preferujú toto prostredie pred inštitúciami. Práve táto skutočnosť sa v posledných rokoch odzrkadlila na poskytovaní sociálnych služieb v DSS Gaudeamus (ústav Mokrohájska) v Bratislave, ale aj ďalších podobných ústavoch pre ľudí s telesným postihnutím, že počet záujemcov o celoročný pobyt výrazne klesol. Všetky tieto zariadenia sa boria s tým, aké služby ponúkať, aby mohli vôbec ostať zachované. Toto často vedie k tomu, že tam vznikajú silne heterogénne skupiny prijímateľov sociálnych služieb, čo má za dôsledok výrazne zníženie kvality života a kvality sociálnej služby. Napriek pokusom o poskytovanie komunitných služieb v ústavnom prostredí a rôznym projektom o ich podporu, však nejde o reálne komunitné služby, ktoré sú v prirodzenom prostredí.

v 90. rokoch uvádzajú nasledovné: „V ústavoch sociálnej starostlivosti pre deti a mládež s celoročným pobytom je pedagogický proces nevyhovujúci, chýba príprava na povolanie. V ústavoch pre dospelých nie je možnosť pracovného uplatnenia, chýbajú pracovné dielne. Výchovný a opatrovateľský personál v zariadeniach pre tzv. nevzdelávateľné deti a mládež nie je na požadovanej úrovni. Poskytuje sa len rutinná starostlivosť. Diagnostika obyvateľov ústavov je nedostatočná, spolu sa nachádzajú jedinci s mentálnym postihnutím, psychiatrickí pacienti a alkoholici. Tomuto stavu však rozsahom a ani kvalitou nezodpovedá lekárska starostlivosť. Ľudia s mentálnym postihnutím naďalej zostávajú na okraji záujmu pri riešení problémov v jednotlivých rezortoch. A tak sa vedú oprávnené diskusie o tom, či sa v ich prípade dodržiava Základná listina práv a slobôd, Deklarácia o právach dieťaťa, Ústava Slovenskej republiky a pod. Jednotlivé články týchto dokumentov upravujú príslušné právne predpisy takým spôsobom, že de facto je pre mnohých občanov s mentálnym postihnutím realizácia týchto práv obmedzená alebo znemožnená. Týka sa to napríklad zdravotnej starostlivosti, výchovy a vzdelávania, prípravy na povolanie a pracovného uplatnenia, osobnej slobody, zasahovania do súkromia v ÚSS, zachovávanía ľudskej dôstojnosti a pod.“⁵⁶ Táto správa upozorňovala aj na potrebu transformácie a prierezového prístupu k riešeniu otázok podpory osôb so zdravotným postihnutím. Podobné správy a návrhy prichádzali a prichádzajú z mimovládneho sektora dlhodobo.

Ako sme už uviedli, začiatkom 90. rokov vzniklo viacero mienkotvorných organizácií v tejto oblasti. **ZPMP v SR** získalo právnu subjektivitu a v tomto období ho viedla **PhDr. Viera Záhorcová, PhD.**, ktorá v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie pôsobí veľmi aktívne až dodnes. V roku 1990 vznikla pod vedením Doc. PhDr. Slavomíra Krupu, PhD. pri Ústave prof. MUDr. Karola Matulaya **Rada pracovníkov ústavnej a sociálnej starostlivosti**, ktorá sa neskôr premenovala na **Radu pre poradenstvo v sociálnej práci** a je dlhodobo lídrom a nositeľom myšlienok transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. RPSP mala za cieľ už od začiatku svojho pôsobenia presadzovať normalizáciu a sociálnu integráciu postihnutých ľudí do spoločnosti, zásadu úcty k životu, zásadu tímového odborného a kvalifikovaného prístupu, zásadu prevencie a poradenskej činnosti, zásadu včasnej diagnostiky, rehabilitácie a stimulácie, zásadu prioritného postavenia rodiny a koncipovania náhradnej rodinnej

56 Predkladacia správa k Návrhu riešenia zásadných problémov ľudí s mentálnym postihnutím a realizácie ich spoločenskej integrácie.

starostlivosti podľa modelu rodiny, zásadu odbornej sociálnej, zdravotnej, pedagogickej a právnej pomoci rodine s postihnutým dieťaťom a orientovania tejto pomoci do rodiny, zásadu kontinuálnej starostlivosti a zásadu prípravy na pracovné uplatnenie. Už v tomto období mala tiež za cieľ, okrem iného, aj vytváranie nových modelov bývania a chránených pracovísk, **atomizáciu veľkokapacitných ústavných zariadení na zariadenia rodinného typu**, preukazovanie úcty a dôstojnosti tým, ktorí sú celoživotne sociálne a zdravotne odkázaní na pomoc iných.⁵⁷

Okrem týchto dvoch organizácií hrali v tejto oblasti v 90. rokoch významnú úlohu aj ďalšie organizácie ako **Spoločnosť Downovho syndrómu v SR (prof. MUDr. M. Šustrová)**, **Kresťanská liga pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku (PhDr. J. Škott)**, **KIDS (PhDr. A. Hanudelová)**, **Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov (MUDr. M. Orgonášová) a iné.**

V tomto období sa už aj na Slovensku výraznejšie presadzuje **sociálny prístup**. Súvisí s celospoločenskými zmenami, ktoré sa vo svete udiali od konca 60. rokov 20. storočia. Predstavuje aj zmenu vnímania zdravotného postihnutia, ktoré je dôsledkom zlej organizácie spoločnosti tak, že občania so zdravotným postihnutím čelia prekážkam a bariéram v rovnakej účasti na bežnom živote. Tento prístup je výrazne ovplyvnený už spomínanou teóriou „totálnej inštitúcie“ Ervina Goffmana a v Európe aj prácami Karla Grunewalda a ďalších. Vnímanie sa posúva k tomu, že občania so zdravotným postihnutím môžu a majú participovať na živote v spoločnosti a majú byť integrovaní. Zodpovednosť za riešenie sociálnej starostlivosti sa presúva k celej spoločnosti a interdisciplinárnemu prístupu.

Spoločnosť sa snaží **debariérizovať a humanizovať prostredie**, v ktorom občania s postihnutím žijú. Vznikajú iniciatívy, ktoré majú ambíciu zmeniť prístup k občanom so zdravotným postihnutím. Humanizácia predstavuje zlepšenie životnej úrovne ľudí vo veľkokapacitných inštitúciách formou znižovania počtu obyvateľov na izbách, zvyšovaním počtu sociálnych pracovníkov, estetizáciou prostredia, ale nedotýka sa priamo rešpektovania a dodržiavania práv a povinností týchto ľudí. Poskytovanie služieb je však, ako vidieť aj na uvedených príkladoch, stále orientované dovnútra inštitúcie a organizácie, aj keď sa objavujú prvky integrácie. Hodnotenie procesu humanizácie nachádzame aj v dokumente MPSVR SR

57 Stanovy Rady pracovníkov ústavnej a sociálnej starostlivosti. 1990.

Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, v ktorom sa uvádza nasledovné: „Napriek zrejmej snahe o humanizáciu sociálnych služieb, ako aj o skvalitnenie pomoci rodinám s deťmi a starostlivosti o deti, ktoré nemôžu z rôznych dôvodov vyrastať v prirodzenom rodinnom prostredí, zmeny, ktoré boli dosiahnuté v posledných rokoch, neposunuli ťažisko pomoci a starostlivosti výraznejšie v prospech občana – k napĺňaniu jeho práv, individuálnych potrieb a vytváraní predpokladov pre nezávislý život v integrovanom spoločenstve plnoprávných občanov.“⁵⁸

Z pohľadu transformácie a deinštitucionalizácie sa v tomto období neudiali zásadné systémové zmeny, ale postupne s rozširovaním spolupráce so zahraničím sa začali hlavne v rámci neziskového sektora rozvíjať inovatívne a komunitné služby. Vzniklo viacero denných zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré mali výrazne komunitný charakter. Za spomenutie stoja napríklad **Detský klub v Košiciach, Betánia v Senci, chránené bývanie v Rusovciach, ale aj verejné služby ako Symbia vo Zvolene, Méta v Martine, Domino v Prievidzi a ďalšie**. Woleková konštatuje o stave transformácie sociálneho zabezpečenia v tomto období, že: „Ciele transformácie systému sociálneho zabezpečenia zdedeného zo socialistického režimu sa do konca roka 1996 nedosiahli. Žiadna z pripravovaných politík, teda ani systém štátnej sociálnej podpory, nebola do sociálnej praxe na Slovensku zavedená. Realizovali sa len čiastkové kroky.“⁵⁹ V analytickom dokumente Nadácie S.P.A.C.E. Sociálna politika Slovenska po roku 1989 je uvedená aj nasledujúca tabuľka, ktorá ukazuje prehľad počtu a vzniku ústavov sociálnych služieb v Slovenskej republike v rokoch 1990 – 1995.

58 Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. 2011. MPSVR SR. Bratislava.

59 Radičová et. al. Sociálna politika Slovenska po roku 1989. Nadácia S.P.A.C.E. Bratislava. <http://archiv.vlada.gov.sk/old.uv/data/files/7195.pdf>

Ukazovateľ	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Počet ústavov spolu	220	224	242	265	268	268
Štátne	202	210	229	242	243	243
Cirkevné	18	14	13	17	18	17
Súkromné	-	-	-	1	1	1
Obecné	-	-	-	5	6	7

Tabuľka č. 2

Prehľad počtu zariadení ústavnej starostlivosti v Slovenskej republike v rokoch 1990 – 1995. Zdroj: Nadácia S.P.A.C.E. a Štatistický úrad Slovenskej republiky.

V roku 1996 vypracovalo MPSVR SR dokument s názvom **Koncepcia transformácie sociálnej sféry Slovenskej republiky**.⁶⁰ Ambíciou tohto dokumentu bolo pripraviť zmeny, ktoré budú smerovať k rozvoju sociálnych a ekonomických práv občanov v duchu princípov prechodu od štátneho paternalizmu k sociálne spravodlivej spoločnosti. Cieľom tejto transformácie sociálnej sféry bolo zmeniť systém tak, aby sa vybudovali nové sociálne vzťahy a vytvorenie mechanizmu sociálne spravodlivej, trhovo orientovanej a demokratickej spoločnosti na princípoch demonopolizácie, demokratizácie a decentralizácie. Ako hlavné princípy tejto zmeny boli uvedené v dokumente:

- sociálna solidarita
- participácia občana na svojich právach
- adresnosť poskytovaných plnení
- ochrana a rozvoj prirodzených vlastníckych práv občanov
- osobná zodpovednosť občana za svoj osud a za osud svojej rodiny
- štátna garancia dôstojného života občanov a presadzovanie sociálnej spravodlivosti

⁶⁰ Koncepcia transformácie sociálnej sféry Slovenskej republiky. 1996. MPSVR SR. Bratislava.

Aj napriek uvedeným princípom transformácie sociálnej sféry, ktoré mohli smerovať a nepriamo podporovať aj proces deinštitucionalizácie, sa v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb žiadne významné zmeny nerealizovali.

Ústavnej starostlivosti sa tento dokument venoval len v malej miere a bez nejakých zásadných riešení. Konceptia uvádza, že pod pojmom sociálnej starostlivosti sa rozumie predovšetkým poskytovanie peňažných a vecných dávok a služieb sociálnej starostlivosti, vrátane ústavnej starostlivosti občanom, ktorí sa dostali do nepriaznivej životnej situácie, ktorú nevedeli vlastnými silami vyriešiť a prekonať. Konceptia sa venuje aj dôsledkom paternalistického prístupu a uvádza sa v nej: *„Uvedený paternalistický prístup minimalizoval a prakticky vylúčil účasť iných než štátnych subjektov na realizácii sociálnej starostlivosti. Sociálna starostlivosť sa stávala menej adresnou, strácala charakter individuálneho riešenia a neponúkala alternatívne možnosti riešenia stavu núdze. Implicitne tým klesala motivácia občana aktívne sa podieľať na riešení svojej životnej situácie a naopak, narastala tendencia pasívne sa spoliehať na štátnu sociálnu starostlivosť. V dôsledku toho náklady na sociálnu starostlivosť narastali, pričom dlhodobo pretrvával spôsob ich uspokojovania len na zostatkovom princípe. Preto sa v prechodnej etape pristúpilo k čiastkovým krokom. Zákonom č. 180/1990 Zb., ktorým sa menil a dopĺňal zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení a následne zákonom č. 135/1992 Zb. sa ustanovila možnosť poskytovania sociálnych služieb právnickými a fyzickými osobami.“*⁶¹ Okrem toho sa ďalšími legislatívnymi úpravami v roku 1993 ustanovili zmeny, ktoré upravili dôchodkový systém, ale aj jednoznačnejšie ustanovili možnosti poskytovania služieb a dávok sociálnej starostlivosti. Ako sme už naznačili, ani táto koncepcia nepriniesla zásadnú systémovú zmenu v oblasti inštitucionálnej starostlivosti v oblasti sociálnych služieb. Je dôležité spomenúť, že práve **v rokoch 1995 až 1996 sa začali diať systémové zmeny v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a začala sa postupná transformácia detských domovov**, ktorej sa budeme neskôr venovať len parciálne v kontexte európskych štrukturálnych fondov.⁶²

61 Konceptia transformácie sociálnej sféry Slovenskej republiky. 1996. MPSVR SR. Bratislava.

62 Pre bližšie informácie o procese transformácie sociálnoprávnej ochrany odporúčame publikáciu združenia Návrat - Transformácia náhradnej starostlivosti o deti na Slovensku po roku 1989. Dostupná tu: http://www.navrat.sk/data/files/publikacie/Transformacia_nahradnej_starostlivosti_o_deti_na_Slovensku_po_roku_1989.pdf

V roku **1998** bol prijatý nový **zákon č. 195/1998. Z. z. o sociálnej pomoci**, ktorého účelom bolo upraviť právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom je zmierniť alebo prekonať, s aktívnou účasťou občana, hmotnú núdzu alebo sociálnu núdzu, zabezpečiť základné životné podmienky občana v prirodzenom prostredí, zabraňovať príčinám vzniku, prehĺbovania alebo opakovania porúch psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu občana a zabezpečiť integráciu občana do spoločnosti. Sociálnu pomoc riešil rôznymi spôsobmi, okrem iného aj sociálnoprávnou ochranou (len do roku 2005) a sociálnymi službami. Sociálne služby podľa tohto zákona tvorili:

- a) **opatrovateľská služba**
- b) **organizovanie spoločného stravovania**
- c) **prepravná služba**
- d) **starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb**
- e) **sociálna pôžička**

Starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb bola poskytovaná v rámci domovov sociálnych služieb, domovov dôchodcov, zariadeniach chráneného bývania, detských domovoch, domovoch pre osamelých rodičov, staniách opatrovateľskej služby, zariadeniach pestúnскеj starostlivosti, útulkoch, krízových strediskách, resocializačných strediskách, rehabilitačných strediskách a zariadeniach opatrovateľskej služby. Rozsah druhov zariadení sociálnych služieb sa viacerými zmenami zákona o sociálnej pomoci menil, uvádzame to aj v ďalších kapitolách. Celkovo bola ústavná starostlivosť v roku 1999 poskytovaná **28 490 občanom** v rámci celej Slovenskej republiky.⁶³ V nasledujúcej tabuľke č. 3 uvádzame štatistický prehľad o počte zariadení sociálnych služieb, počte ich miest a obyvateľov v roku 1999.

63 Databáza Slovstat. Štatistický úrad Slovenskej republiky.

Zariadenia sociálnych služieb	Celkový počet zariadení	Celkový počet miest	Celkový počet obyvateľov
Ústavné zariadenia pre dospelých spolu	244	22 045	21 537
Domovy dôchodcov	146	12 780	12 390
Domovy - penzióny pre dôchodcov	29	3 032	2 869
Ústavné zariadenia pre deti spolu	142	7 262	6 953
Detské domovy	82	3 746	3 416
Ústavné zariadenia zriadené krajským úradom	341	26 969	26 338
Ústavné zariadenia zriadené okresným úradom	1	24	17
Ústavné zariadenia zriadené obcou	9	634	608
Ústavné zariadenia zriadené cirkev. práv. os.	28	1 440	1 294
Ústavné zariadenia zriadené ostat. práv. os.	3	44	40
Ústavné zariadenia zriadené fyzickou os.	4	196	193

Tabuľka č. 3

Prehľad o celkovom počte zariadení sociálnych služieb, o počte ich miest a obyvateľov za rok 1999. Zdroj: Databáza Slovstat. Štatistický úrad Slovenskej republiky.

Ako vidieť z uvedenej tabuľky, počet zariadení ústavnej starostlivosti v Slovenskej republike od roku 1989 stúpala a pribúdali aj zariadenia zriadené inými právnickými a fyzickými osobami, ako bol štát. Možnosti poskytovania sociálnych služieb aj inými organizáciami viedli k tomu, že bolo možné vidieť rozdiely v kvalite poskytovanej sociálnej služby aj pri pobytových zariadeniach.

Už v spomínanej štúdii Nadácie S.P.A.C.E. sa uvádza: „Ako uvádza A. Poracký (1995: 31) neštátne subjekty prevádzkujú ...malokapacitné zariadenia vytvorené na princípoch humanity vyspelých západných krajín a zohľadňujúce potreby postihnutých ľudí s holistickým náhľadom na ich osobnosť. Neštátne subjekty zabezpečujú svoje služby pri nižších nákladoch, čo je dané, ako uvádza J. Galáš (1995: 32), nižšími priemernými mzdovými nákladmi na jedného

*pracovníka, menším počtom zamestnancov a možnosťou získavať prostriedky na prevádzku z rôznych podporných zdrojov. Inými slovami, neštátne subjekty poskytujú sociálne služby na vyššej úrovni a s nižšími nákladmi, ako je to schopný urobiť štát. Aj keď toto konštatovanie nie je možné vzťahovať na každé konkrétne zariadenie a subjekt, vyjadruje obečnú tendenciu.*⁶⁴

64 Radičová et. al. Sociálna politika Slovenska po roku 1989. Nadácia S.P.A.C.E. Bratislava. <http://archiv.vlada.gov.sk/old.uv/data/files/7195.pdf>

Prvé pilotné projekty transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike

Práve na základe **prvých hodnotení kvality** v druhej polovici 90. rokov sa začali pripravovať a realizovať **prvé pilotné projekty transformácie a deinštitucionalizácie v sociálnych službách v Slovenskej republike**. Vo svete už boli procesy transformácie a deinštitucionalizácie vo svojich finálnych fázach a začal sa tam veľmi intenzívny rozvoj komunitných služieb. V Českej republike už tiež prebiehala deinštitucionalizácia prvého zariadenia v Horní Poustevni pod vedením **Milana Chába**.⁶⁵ V tejto časti by sme radi uviedli výstižný krátky text Milana Chába na tému deinštitucionalizácie: *„Když se řekne deinstitucionalizace, tak většinou se to přeloží jako zavření nebo zrušení instituce. Problém není v tom, že existuje instituce, ale v tom, že se v ní míchají sociologicky různé funkce a něco se zaměňuje něčím jiným. Uvedl bych to na příkladu. Zdá se mi to docela trefné na příkladu holičství nebo kadeřnictví. Jestliže vytvoříme ústav kadeřnických služeb a budeme stříhat pořád dohola toho svěřence a budeme dostatečně nahlas říkat, jak dobře ho stříháme, nepustíme ho ven a pořád budeme zdůrazňovat, že to je vlastně to nejlepší, co můžeme dělat, tak to je přesně ta institucionalizovaná služba, která se stává tím ústavem kadeřnických služeb. Dnes je svěřenec organickou součástí instituce, která se o něho stará; je vždy součástí hierarchicky nejnižší, proto se významně podílí na těch pracích, které jsou v péči o něj nejméně příjemné. Současně platí, že počet svěřenců instituce uchovává nebo zvyšuje a svěřence nepropouští do světa, aby hierarchie svěřenců, nadřazené neztratil smysl. V měřitelných odborech lidské činnosti (průmysl, obchod, atd.) je dávno zřejmé, že taková norma organizace je naprosto neefektivní.“*⁶⁶

Na Slovensku tému transformácie a deinštitucionalizácie presadzovala a stále presadzuje organizácia Rada pre poradenstvo v sociálnej práci (ďalej len RPSP). RPSP profesionalizovala

65 Pre ďalšie štúdium odporúčame knihu Milana Chába – Svět bez ústavů, ktorú vydala organizácia QUIP – kvalita v praxi založená bývalými kolegami Milana Chába, ktorá patrí k lídrom v oblasti deinštitucionalizácie a komunitných služieb v Českej republike www.kvalitavpraxi.cz.

66 M. Cháb. 2004. Svět bez ústavů. Quip – Společnost pro změnu. Praha. ISBN: 80-239-4772-9.

svoju činnosť v roku 1996 a začala sa zameriavať na presadzovanie transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb, zvyšovanie a implementáciu kvality v sociálnych službách, vzdelávania odborných pracovníkov a priamu podporu ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín. V rámci presadzovania nových služieb a zmien v spolupráci s nórskou vysokou školou Rogaland VernepleierHogskole iniciovala založenie nového vysokoškolského odboru na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre – Sociálna práca so zameraním na špecifické pedagogické problémy. V tomto období začala RPSP realizovať aj vôbec prvé projekty transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. V roku 1999 začal Krajský úrad v Košiciach spolupracovať s Radou pre poradenstvo v sociálnej práci a objednal si monitoring kvality šiestich zariadení sociálnych služieb v jeho pôsobnosti. Na základe výsledkov monitoringu boli identifikované dve zariadenia, ktoré mali ísť do procesu transformácie a deinštitucionalizácie: **DSS Hodkovce a DSS Kráľovce**. V rámci monitoringu kvality RPSP v DSS Hodkovce identifikovala viaceré inštitucionálne prvky, z ktorých niektoré viedli k porušovaniu ľudských práv. Išlo predovšetkým o umiestňovanie imobilných obyvateľov do sieťových postelí, nepovolené fixovanie obyvateľov k pevným predmetom tak, že niektorí mali dolné končatiny priviazané tzv. liacami, preferencia opatrovateľských a zdravotníckych služieb, vynútené sexuálne a fyzické zneužívanie medzi obyvateľmi, zbavovanie spôsobilosti na právne úkony.

RPSP v spolupráci s krajským úradom pripravila projekt transformácie DSS Žehra, časť Hodkovce. Tento projekt bol predložený a schválený v rámci programu 1999 Phare ACCES Programme, Macro-project Scheme v roku **2001** na Delegáciu Európskej komisie. RPSP sa stala odborným garantom projektu. Trval od 1. januára 2002 do 28. februára 2003. Rozpočet projektu bol 120 000 eur, z čoho investičná časť na vybudovanie chráneného bývania v komunite bola 57 193 eur a na zariadenie chráneného bývania bolo určených 23 605 eur. Z dôvodu omeškania stavebných prác v zime roku 2002 bol projekt na základe schválenej žiadosti predĺžený do 31. júla 2003. Základnými aktivitami projektu boli zmena kvality poskytovaných sociálnych služieb formou zriadenia bývania rodinného typu, zmena vlastníckych vzťahov (zo štátnej na neštátnu organizáciu) a zmena financovania organizácie na viacdrojové financovanie. Hlavné aktivity, ktoré RPSP realizovala v rámci tohto projektu, boli odborná pomoc pri vzdelávaní a príprave pracovníkov s cieľom rekvalifikácie na pracovnú náplň v podmienkach chráneného bývania a prípravy klientov na zmenu životného štýlu z inštitučného na komunitný spôsob života v mestskom prostredí. Ďalej to bola príprava všeobecných princípov a zásad pre transformáciu domovov sociálnych služieb v Slovenskej

republiky a koordinácia projektu a spolupráce s partnermi projektu: MPSVR SR, Krajským úradom Košice, VÚC Košice, Okresným úradom Spišská Nová Ves, Agentúrou podporovaného zamestnávania v Bratislave⁶⁷ a nadáciou SOCIA, ale aj so zahraničnými partnermi DSS Horní Poustevna a Nadácia Connaction z Holandska. V rámci tohto projektu vznikla organizácia Socialtransform, n. o., ktorá doteraz poskytuje sociálne služby v obci Spišské Vlchy.

V DSS Žehra, časť Hodkovce, v tom období žilo 132 dospelých mužov s mentálnym postihnutím. DSS Žehra, časť Hodkovce, bolo zriadené v roku 1959 v starom rozľahlom kaštieli pôvodne ako domov dôchodcov s kapacitou 60 lôžok. Od roku 1960 bolo zariadenie sociálnych služieb reprofelizované na Ústav sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých mužov s kapacitou 160 obyvateľov. V rokoch 1991 až 1998 došlo k zníženiu počtu obyvateľov na 120. Domov sociálnych služieb prešiel rozsiahlou rekonštrukciou, v rámci ktorej bolo preinvestovaných 65 mil. Sk. Rekonštrukcia bola ukončená v roku 1998. Zariadenie sa nachádza v rozsiahlom uzavretom areáli. Umiestnené je excentricky na okraji malej časti obce Žehra v Hodkovciach. Život v DSS prebiehal nezávisle na živote komunity, ktorá je okolo domova. Domov prešiel náročnou rekonštrukciou, ktorá sa dotýkala hlavne ubytovacej časti zariadenia. Jej ukončením sa výrazným spôsobom zlepšilo prostredie domova. Zmeny obsahu sociálnych služieb boli dosahované len postupne. K najvýraznejším patrí zrušenie nemocničného oddelenia pre ležiacich obyvateľov tým, že po odborných lekárskejších vyšetreniach bolo doporučené vertikalizovať obyvateľov, nakoľko všetci boli mobilní. So zrušením lôžkového oddelenia súviselo tiež posilnenie výchovnej a záujmovej činnosti. Postupne došlo k vyrovnávaniu a posilneniu sociálnych služieb (tiež výchovno-vzdelávacích) na úkor dominantne presadzovanej zdravotníckej starostlivosti. V areáli domova boli vybudované ihriská, zlepšilo sa poskytovanie stravy a ďalších služieb⁶⁸. Projektový zámer uvádzal nasledovnú predstavu budúcnosti: *„Obyvatelia domova žijú v internátnom prostredí, kde je väčšina izieb trojlôžkových (8 izieb), štvorlôžkových (12 izieb), päťlôžkových (8 izieb), pričom ubytovacia časť DSS je priestor, kde sa obyvatelia zdržujú len od večierky do budíčka. Potom ubytovacia časť DSS opúšťajú a vracajú sa späť až večer. Zmena bývania spočíva vo vytvorení podmienok chráneného bývania, ktoré poskytnú obyvateľom nielen priestor*

67 Išlo o prvý projekt transformácie a deinštitucionalizácie, kde zmluvne spolupracovali RPSP a APZ Bratislava a neformálne nadácia SOCIA. APZ Bratislava v tomto období realizovala projekty pre pilotné overenie aktivizácie a zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím na trhu práce – vznikla chránená dielňa Radnička, prebiehali školenia v oblasti zamestnávania pre zamestnancov domovov sociálnych služieb a agentúr podporovaného zamestnávania.

68 Záverečná správa k projektu 1999 Phare ACCESS Programme Macro – project Scheme Transformácia domova sociálnych služieb v Hodkovciach časť Žehra.2003. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

pre ubytovanie, ale predovšetkým súkromie (jedno, max dvojpostelové izby s príslušenstvom, šatníkom, stolíkom so stoličkami), pričom sa zníži počet obyvateľov v jednom ubytovacom celku na osem občanov. Postupne budú obyvatelia domova bývať na základe prejavenia vlastnej vôle v prostredí miest (Spišské Vlachy, Krompachy, Spišské Podhradie, Gelnica). Podobne sa upraví podmienky bývania v pôvodnom zariadení domova, kde sú už teraz v rámci areálu vybudované dva menšie ubytovacie celky.⁶⁹

V nasledujúcej tabuľke č. 4 uvádzame porovnanie východiskovej situácie v DSS Žehra, časť Hodkovce, pred začatím a po ukončení projektu.⁷⁰

2002	2003
<p>Právny stav</p> <p>DSS Žehra, časť Hodkovce, bol štátny domov, v zmysle zákona o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z., ktorého zriaďovateľom bola štátna správa KÚ Košice. Zriaďovateľ KÚ Košice rozhodoval o personálnych a ekonomických a kapacitných podmienkach zariadenia. Domov mal právnu subjektivitu, avšak s pomerne vysokou mierou závislosti na zriaďovateľovi.</p> <p>Zákon č. 195/1998 Z. z. neobsahoval právne podmienky pre transformujúce sa organizácie.</p>	<p>Nezisková organizácia Socialtransform, neštátna organizácia v rámci decentralizácie štátnej správy spadajúca pod Košický samosprávny kraj, poskytujúca sociálne služby ako subjekt podľa zákona č. 195/1998 Z. z. § 72.</p> <p>Zákon č. 195/1998 Z. z. bol novelizovaný v časti §86 ods. 6, v ktorom sú stanovené podmienky financovania pre transformujúce sa organizácie (písmeno b, c, d). Pracovníci domova podnikajú samostatné kroky na ďalšie zmeny v legislatíve pre transformujúce sa organizácie.</p>

69 Projektový zámer Transformácie DSS Hodkovce.

70 Ibid.

<p>Hospodárenie</p> <p>Rozpočtová organizácia štátu. Organizácia hospodárila len s finančnými prostriedkami štátu. Platby klientov za služby odvádzala štátnej správe.</p>	<p>Viaczdrojové financovanie neziskovej organizácie (finančný príspevok štátu, platby klientov, 1 % z dane fyzických osôb, granty, dary). Príspevok štátu je poskytovaný cez Košický samosprávny kraj. Neštátny subjekt sústredil svoje aktivity na získanie potrebných finančných prostriedkov na prevádzku a budovanie chráneného bývania v Spišských Vlachoch. Nedostatok existujúcich finančných prostriedkov a ich zabezpečenie sa stalo základnou prioritou vedenia domova. Pracovníci aktívne podávajú projekty na granty, lobujú na úrovni štátnej správy, v parlamente a komunálnej úrovni.</p>
<p>Bývanie klientov</p> <p>Všetci klienti sú ubytovaní v priestoroch domova. Časť klientov býva v chránenom bývaní v rámci areálu domova. Klienti nemali žiadnu inú možnosť, ako bývať v podmienkach bývalého domova sociálnych služieb.</p>	<p>Pred dokončením sú budovy chráneného bývania, ktoré poskytnú ubytovanie pre 20 klientov v Spišských Vlachoch, v prostredí obce, mimo areálu pôvodného domova. Jeden z domov bol financovaný v rámci projektu Delegácie Európskej Komisie v SR.</p>
<p>Kvalita poskytovaných sociálnych služieb pre klientov v domove</p> <p>Organizácia uskutočnila niekoľko radikálnych zmien v kvalite poskytovaných služieb. Zrušila sieťové postele a oddelenie pre imobilných klientov. Za odbornej zdravotníckej a výchovnej starostlivosti vertikalizovala imobilných klientov a zaradila ich do výchovných skupín. Zriadila pracovné skupiny zamerané na živočíšnu a rastlinnú výrobu, zrušila niektoré zdravotnícke a opatrovateľské služby a posilnila výchovnú a pracovnú aktivitu klientov. Časť klientov má stále len pasívnu starostlivosť. Napriek úsiliu personálu domova nie sú služby poskytované so zameraním na individualitu klientov, ale sú sústredené viac na organizovanie činnosti celej skupiny.</p>	<p>Rediagnostika všetkých klientov bola uskutočnená v spolupráci s pracovníkmi domova. Časť klientov a pracovníkov v chránenom bývaní umiestnenom v rámci areálu domova bola priebežne pripravovaná na prechod do komunitného bývania v obci.</p> <p>Nakoľko sa doteraz neodťahovali pripravovaní klienti do nového bývania v Spišských Vlachoch, nedošlo ani k zmene podmienok bývania v pôvodnej časti domova. V domove nedošlo k výraznejšiemu posunu v kvalite sociálnych služieb. Nové zameranie domova na transformáciu nie je sprevádzané zo strany pracovníkov (až na niektoré výnimky) zmenou postojov a prístupov. Tieto ostali i napriek podpore zo strany Rady bez pozorovateľných dynamických zmien. Tento stav spôsobuje pomalá adaptácia vedenia na novú situáciu a tradičné, prevažne autoritatívne vedenie pracovných tímov v domove.</p> <p>Individuálny prístup pracovníkov ku klientom sa sčasti podarilo uplatniť v chránenom bývaní v rámci areálu domova.</p>

<p>Riadenie</p> <p>Vedenie domova bolo sústredené na zabezpečenie prevádzky domova. Riešilo problémy smerom do domova. Nezaoberalo sa podmienkami zameranými na sociálnu integráciu klientov mimo pôvodného domova. Štýl riadenia bol direktívne orientovaný na zabezpečenie pracovnej disciplíny a poriadku.</p>	<p>Vedenie domova muselo v rámci projektu orientovať svoje úsilie na kontakty mimo domova, z ktorých väčšina bola zameraná na výstavbu chráneného bývania v Spišských Vlachoch, komunikáciu s lokálnymi autoritami, štátnymi a samosprávnymi úradmi a poslancami, donormi a pod. V štýle riadenia organizácie i napriek školeniam, nespočetným konzultáciám a vzdelávaniu, pretrvávajú prvky riadenia, ktoré sú charakteristické pre organizácie riadené štátom ako: kladenie väčšieho dôrazu na riadenie prevádzky organizácie (stravovanie, čistota prostredia, režim) či individuálny osobnostný rozvoj klientov. Odbúranie rutiny a stereotypov v riadení sú prekážky, ktoré budú vyžadovať dlhšiu dobu ako niekoľko mesiacov. Je však potrebné tiež zdôrazniť vysoké nasadenie vedenia Socialtransform, n. o., od začiatku projektu, keď zároveň zabezpečovalo základnú prevádzku domova a tiež výstavbu domov, čo si vyžadovalo a vyžaduje vysoké permanentné pracovné nasadenie pracovníkov.</p>
<p>Medializácia</p> <p>DSS Hodkovce patrilo medzi desiatky zariadení, o ktorých neboli poskytované informácie.</p>	<p>Informácie o priebehu projektu boli poskytované priebežne v časopise Integrácia. Socialtransform, n. o., zriadila webovú stránku, na ktorej sú podrobné informácie o priebehu projektu. K oboznámeniu verejnosti prispeli stretnutia s novinármi, články na regionálnej aj celonárodnej úrovni. Socialtransform, n. o., vydal z vlastných prostriedkov kalendár na r. 2003, ktorý obsahuje informácie o organizácii a iné propagačné materiály.</p>

<p>Koordinácia projektu</p> <p>Projekt bol realizovaný v etape, kedy zároveň prebiehala decentralizácia štátnej správy na samosprávne kraje. Významným partnerom bola štátna správa, MPSVR SR, obec a RPSP. Prístup štátnych úradníkov k transformácii bol viac pasívny a opatrný.</p>	<p>Košický samosprávny kraj prevzal záväzky KÚ v Košiciach. Košický samosprávny kraj prejavil veľký záujem o transformáciu sociálnych služieb, vytvoril priestor pre prezentáciu filozofie transformácie pred zastupiteľským zborom poslancov. Administratívne problémy nového Košického samosprávneho kraja pri zabezpečovaní financovania transformácie Socialtransform, n. o., boli riešené na koordinančných, pracovných stretnutiach.</p>
<p>Výstavba chráneného bývania</p> <p>Investičné náklady stanovené na výstavbu chráneného bývania (na jeden dom) boli 4,5 až 5 mil. Sk. Výstavbu realizoval dodávateľ.</p>	<p>Značná časť nákladov bola znížená brigádnicou prácou klientov (ktorí budú bývať v chránenom bývaní). Napriek tomu bolo potrebné kumulovať na dostavbu a výstavbu ďalších domov finančné prostriedky, ktoré poskytlo MPSVR SR, nadácia SOCIA v II. polroku 2003.</p>
<p>Stáže v zahraničí</p> <p>Pracovníci DSS nemali možnosť získať skúsenosti zo zahraničných pracovísk v krajinách EÚ.</p>	<p>V priebehu trvania projektu sme sprostredkovali niekoľko konzultácií so zahraničnými odborníkmi (Holandsko, Nemecko, Česká republika). Pracovníci, ktorí absolvovali stáže v zahraničí, získali cenné skúsenosti a konkrétnu predstavu o trendoch v práci s mentálne postihnutých občanmi. Je na škodu, že vedenie Socialtransform, n. o., nevyužilo všetky možnosti a ponuky. Zahraniční odborníci ocenili projekt transformácie a ponúkli viaceré možnosti stáží pre Socialtransform, n. o., ktoré však pracovníci dostatočne nevyužili.</p>

Napriek tomu, že tento projekt nevedol k úplnej transformácii a deinštitucionalizácii zariadenia v Hodkovciach, jeho prínos do tejto témy bol význačný. Hlavným odborným garantom celého procesu transformácie v DSS Hodkovciach bol Slavomír Krupa, ktorý komplexne hodnotí tento pilotný projekt takto: „Zákon o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z. v pôvodnom znení neposkytoval žiadny právny priestor pre transformujúce sa zariadenia sociálnych služieb. Až novela zákona č. 507/2002 Z. z. v § 86 ods. 6 (ktorá bola iniciovaná Socialtransform, n. o., nadáciou SOCIA a Radou pre poradenstvo v sociálnej práci) definuje podmienky pre poskytovanie finančného príspevku „neštátnemu subjektu poskytujúcemu sociálnu pomoc podľa tohto zákona v sume vyššej, ako je rozdiel medzi priemernými bežnými výdavkami a príjmami na poskytovanie porovnateľného druhu sociálnej služby za podmienky, že neštátny subjekt prevzal poskytovanie sociálnych služieb občanov od príslušného orgánu, od rozpočtovej organizácie alebo príspevkovej organizácie zrušenej príslušným orgánom verejnej správy“. Podstatou transformácie domovov sociálnych služieb je právne prevzatie prevádzky neštátnym subjektom od pôvodného zriaďovateľa štátu, resp. verejnej správy a následnej realizácie projektu transformácie po obsahovej a formálnej stránke na základe zmluvy medzi neštátnym subjektom (Socialtransform, n. o.), ktorý prevzal poskytovanie sociálnych služieb, pôvodným zriaďovateľom (KÚ v Košiciach, resp. KSK) a prevádzkovateľom sociálnych služieb a rezortným ministerstvom (MPSVR SR). Nový neštátny zriaďovateľ prevzal právnu zodpovednosť za sociálnu starostlivosť o klientov tým, že uzavrel v pôvodnom znení nové dohody o poskytovaní sociálnych služieb s každým klientom, ktorému poskytoval sociálne služby predchádzajúci zriaďovateľ, resp. prevádzkovateľ (DSS Žehra, časť Hodkovce) a uzavrel nové pracovné zmluvy s pôvodnými pracovníkmi, ktorí sa stali zamestnancami neštátneho subjektu (Socialtransform, n. o.). Výpožička majetku, v ktorom pôvodný prevádzkovateľ (KÚ v Košiciach) zabezpečoval sociálne služby (DSS Žehra, časť Hodkovce), umožnila neštátnemu subjektu bez prerušenia pokračovať v prevádzkovaní sociálnych služieb. I keď je táto zmena podstatná v tom, že vytvára právne a vecné podmienky pre realizáciu projektu transformácie (ktorý pôvodný zriaďovateľ, resp. prevádzkovateľ, nemal záujem realizovať), samotná zmena zriaďovateľa, resp. prevádzkovateľa neštátnym subjektom, ešte neznamená zmenu kvality sociálnych služieb, resp. zmenu kvality života klientov zariadenia bez následných obsahových a formálnych krokov obsiahnutých v transformačnom projekte.

Pilotný projekt nám umožnil poznanie, že z uvedených podmienok je ťažisková a najdôležitejšia príprava personálu. Stereotyp a rutina, ktorú pracovníci boli nútení vykonávať desiatky rokov, je najväčšou príčinou (rizikovým faktorom) transformácie a môže byť v

budúcnosti aj vážnou prekážkou pri jej realizácii. Ani zmeny v legislatíve či ekonomike neumožnia realizáciu transformácie, keď nedôjde k zvýšeniu úrovne kvalifikácie, k zmene postojov, zmene prístupov a zmene metód práce pracovníkov, zmene riadenia a vedenia procesu transformovaných zariadení. Ani skutočnosť, že zariadenie sociálnych služieb ešte pred začiatkom transformácie uskutočnilo závažné humanizačné zmeny, nie je zárukou pripravenosti personálu na realizáciu transformácie. Závažnou podmienkou pre úspešnosť transformácie z pohľadu personálnych zdrojov je postoj pracovníkov ku klientom z hľadiska možností ich osobnostného rozvoja. V prípade, že pracovníci zariadenia sú v konflikte spočívajúcom vo vzájomne nezlučiteľných a odporujúcich očakávaniach klientov (resp. ich potrieb) a požiadaviek organizácie, ani transformácia právnych a ekonomických podmienok nezmení paradigmu a manažovanie organizácie. Inými slovami, transformácia kladie nároky na zmeny riadenia organizácie, kde potreby a očakávania klientov určujú ciele, poslanie a realizáciu programov organizácie. Praktická interpretácia tejto všeobecnej zásady je, že klient má predpoklady pre osobnostný rozvoj, nezávislý spôsob života (s podporou alebo bez nej) a každá prekážka organizácie, ktorá by mu v takomto rozvoji bránila, má byť postupne v rámci procesu transformácie odstránená.

Zmena formálnych podmienok bez vnútornej zmeny obsahu procesov nevedie k transformácii, ale len k čiastočnej zmene vonkajších podmienok, t. j. k zmene právneho statusu, názvu organizácie, zmene miesta poskytovaných služieb, zníženiu počtu miest pre obyvateľov, zmene financovania, zmene ubytovacích podmienok. Z uvedených dôvodov príprava vedenia, pracovníkov domova je zrejme v procese transformácie základnou podmienkou úspešnosti (nie je to analógia s vývojom v celej spoločnosti?). Pripravenosť pracovníkov domova sociálnych služieb pre vstup do procesu transformácie je možná, keď:

- a) vedenie a pracovníci domova sú stotožnení s projektom transformácie, t. j. považujú projekt za reálne a správne riešenie zmien kvality života klientov,*
- b) vedenie a pracovníci sú stotožnení s rolou, ktorú v transformačnom projekte riešia a za ktorú nesú zodpovednosť,*
- c) vedenie a pracovníci mali možnosť získať skúsenosť, absolvovali stáže v zariadeniach, ktoré už transformáciou prešli,*
- d) vedenie a pracovníci majú odborné predpoklady pre riešenie úloh spojených s transformáciou domova sociálnych služieb.*

Transformácia domova sociálnych služieb si priebežne z hľadiska ekonomických podmienok vyžaduje:

- a) stabilné financovanie prevádzkových nákladov starého (pôvodného) zariadenia až do doby, kým väčšia časť klientov nezačne bývať v nových ubytovacích priestoroch,
- b) investície do výstavby nových domov – chráneného bývania,
- c) po otvorení prevádzky nových chránených bývaní zároveň financovať prevádzkové náklady týchto domov.

Z prebiehajúceho procesu transformácie pilotného projektu je možné zhrnúť nasledujúce priebežné závery:

1. Transformácia tradičných domovov sociálnych služieb je náročný, dlhodobý proces, počas ktorého sú kladené vysoké nároky na organizáciu práce a na postoje pracovníkov organizácie.
2. Obyvatelia tradičných zariadení majú reálne predpoklady pre rýchlu adaptáciu na nové podmienky, sociálnu integráciu do prostredia obce, mesta.
3. Predpokladom úspešnosti transformačného projektu je kvalitná a intenzívna príprava vedenia a pracovníkov novej neziskovej organizácie, ktorej cieľom je celková zmena stratégie vedenia a organizovania sociálnych služieb.
4. Transformácia zariadenia sociálnych služieb je ekonomicky náročný proces, ktorý však v konečnom dôsledku vedie k efektívnejšiemu využívaniu finančných prostriedkov v porovnaní s vynakladanými finančnými nákladmi, ktoré verejná správa ročne vynakladá na tradičné, neefektívne služby. Z uvedených dôvodov je transformácia jediným možným spôsobom riešenia tejto situácie v Slovenskej republike.

Realizácia prvej etapy pilotného projektu transformácie v Hodkovciach umožnila definovať kritické faktory progresu, na ktoré sme sa v tejto analýze snažili upozorniť. Cieľom pilotného projektu je, aby umožnil znížiť riziká riadenia rozsiahlejších transformačných procesov. Z uvedených dôvodov je potrebné oceniť rozhodnutie Socialtransform, n. o., KÚ v Košiciach, Košického samosprávneho kraja, Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny SR vstúpiť do prvého projektu takéhoto typu v Slovenskej republike. K pokračovaniu uvedeného procesu bude potrebné získané skúsenosti zapracovať do širšej koncepcie, ako aj do kontinuálneho

pokračovania projektu transformácie domova sociálnych služieb v ďalších zariadeniach."⁷¹

Jedným z hlavných prínosov tohto projektu bolo aj to, že **zákon č. 195/1998 Z. z. v pôvodnom znení neposkytoval žiadny právny priestor pre transformujúce sa zariadenia sociálnych služieb**. Z iniciatívy vzniknutej organizácie Socialtransform, nadácie SOCIA a RPSP sa však zákon **novelizoval a definoval podmienky pre poskytnutie finančného príspevku zariadeniam v procese transformácie**. Ďalej sa už aj v tomto projekte ukázalo, že najkľúčovejšie pre dobré a efektívne realizovanie transformácie a deinštitucionalizácie je kvalitné vzdelávanie a príprava personálu. Významný bol aj poznatok, že ani to, že v zariadení sociálnych služieb sa realizovali humanizačné procesy, nie je predpokladom úspešnej realizácie transformácie a deinštitucionalizácie a hlavnou podmienkou je zmena prístupu k ľuďom so zdravotným postihnutím. RPSP v tomto období vydala aj prvé publikácie, ktoré sa venovali transformácii a deinštitucionalizácii: **Manuál k príprave transformácie domovov sociálnych služieb v podmienkach Slovenskej republiky (Krupa, Holúbková, 2002) a Transformácia domovov sociálnych služieb (Krupa a kol. 2003)**.

Košický samosprávny kraj po skúsenostiach s pilotným projektom transformácie v Hodkovciach spracoval v roku 2002 Konceptiu transformácie zariadení sociálnych služieb na základe kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy zariadení sociálnych služieb.⁷² Konceptia obsahovala kvalitatívnu a kvantitatívnu analýzu úrovne kvality poskytovaných služieb v zariadeniach. Žiaľ, táto koncepcia sa do realizačnej fázy nedostala napriek tomu, že existovali pripravené transformačné plány zariadení v Kráľovciach a Barci. Proces transformácie v DSS Kráľovce, ktoré je umiestnené v zrekonštruovaných budovách poľnohospodárskeho družstva, sa naštartoval, ale ako píše Slavomír Krupa: **„Objektívnymi príčinami neúspešného projektu transformácie bolo podcenenie prípravy a vzdelávania vedenia zariadenia sociálnych služieb, vzhľadom k vysokej náročnosti cieľov a následný únik vedenia, ako sa vyhnúť zmenám, ktoré súviseli s transformáciou. V projekte sa preukázal kľúčový význam a dôležitosť vzdelávania, osobnostnej a profesionálnej prípravy pracovníkov, ktorí sa zúčastňujú na realizácii náročného procesu transformácie.**"⁷³ Práve táto skúsenosť

71 S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZaSP sv. Alžbety. Bratislava.

72 Dudová, Varcholová. (2002) Transformácia zariadení sociálnych služieb v Košickom samosprávnom kraji. Košice.

73 S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZaSP sv. Alžbety. Bratislava.

ukazuje, aké nevyhnutné je aj v súčasnosti dobre pripraviť celý proces a dlhodobo vzdelávať pracovníkov zariadení sociálnych služieb a aj pripravovať samotných klientov na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

Oba tieto pilotné projekty transformácie sociálnych služieb nás naučili a ukazujú, aká je nevyhnutná **synergická podpora medzi tzv. mäkkými aktivitami (vzdelávanie, podpora a príprava zamestnancov, klientov a prostredia)** a tvrdými investičnými aktivitami. Tieto skúsenosti sa neskôr zohľadňovali pri príprave národných projektov podpory deinštitucionalizácie po roku 2011. V období rokov 2000 až 2001 je nutné spomenúť aj **aktivity nadácie SOCIA** (napr. projekt Podpora systémových zmien v oblasti sociálnych služieb) a **Agentúry podporovaného zamestnávania v Bratislave** (napr. Podporované zamestnávanie ako nástroj systémových zmien v transformácii sociálnej sféry a ďalšie), ktoré v rámci svojich projektov presadzovali myšlienky transformácie a deinštitucionalizácie v sociálnych službách. **Práve tieto mimovládne organizácie dlhodobo presadzujú potrebu zmien v sociálnej oblasti a potrebu transformácie a deinštitucionalizácie.**

Monitoringy dodržiavania ľudských práv ľudí so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike

Z pohľadu transformácie a deinštitucionalizácie je nevyhnutné uviesť aj **tri ľudskoprávne správy o situácii v ústavnej starostlivosti na Slovensku v rokoch 2000 až 2003**, ktoré upozorňovali na potrebu systémovej zmeny v tejto oblasti. Prvá správa bola vypracovaná **Európskym výborom na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (ďalej len CPT)**. Komisia CPT navštívila Slovensko v októbri 2000 a počas svojej návštevy sa zamerala na monitoring policajných staníc v Bratislave, Košiciach, Michalovciach, záchytného strediska pre utečencov v Medvedove, väzníc v Bratislave a v Košiciach a potom v dvoch domovoch sociálnych služieb v DSS Veľký Biel a DSS Okoč. Komisia CPT spracovala a vydala svoju správu v decembri 2001. Komisia CPT veľmi kriticky reagovala na svoju návštevu v týchto dvoch zariadeniach, lebo tam objavila zásadné porušovanie ľudských práv. Z pozorovania komisie CPT v DSS Okoč⁷⁴ a DSS Veľký Biel, ktoré je v súčasnosti tiež v procese deinštitucionalizácie, vyberáme: „V oboch zariadeniach sú ubytovacie priestory nevyhovujúce a neprimerané, iba so základným vybavením. Výnimku tvoria iba priestory v DSS Okoč pre imobilných klientov – deti, ktoré mali hračky vhodné pre túto skupinu. Hygienické zariadenia boli v zlom technickom stave a vo veľkokapacitných miestnostiach sa používali na toaletu vedrá. V oboch zariadeniach bol nepríjemný zápach vo všetkých ubytovacích priestoroch. Spôsob, akým sú využívané psychotropné látky vo Veľkom Bieli, je znepokojivý. Lekári, ktorí boli členovia CPT komisie, identifikovali príznaky nadmerného užívania týchto liekov ako apatia, hyperspavosť, extrapyramídové poruchy. Skúmanie zdravotnej dokumentácie tieto skutočnosti potvrdilo. Napr. žena (asi 50 kg a výška 160 cm) dostáva 200 mg Cisordinol (depo každých 10 dní), rovnako na dennej báze 6 mg Prometazín, 18 mg Haloperidol, 600 mg Chlórpromazín, 600 mg Carbamazepine, 30 mg Diazepam a 4 mg Nitrazepam (v noci). Okrem toho pozorovali členovia komisie CPT aj využívanie sieťových postelí a uzamykanie

74 V DSS Okoč od roku 2013 prebieha čiastočne proces deinštitucionalizácie a humanizujú sa podmienky obyvateľov. Výstup tejto návštevy viedol k realizovaniu postupných zmien v tomto zariadení.

klientov. Pre využívanie týchto prostriedkov neexistovala žiadna smernica alebo nariadenie a neexistovali o tom ani žiadne písomné záznamy. Sieťové postele sa nachádzali v obidvoch zariadeniach, ktoré komisia CPT navštívila. V DSS Okoč je separovaná izba pre agresívne impulzívnych klientov so štyrmi sieťovými posteľami a jedným klietkovým lôžkom – to znamená posteľ s kovovými klietkovými tyčami okolo lôžka. Počas návštevy bol v jednej zo sieťových posteľí mladý muž s autizmom. No podľa riaditeľky domova neboli sieťové postele využívané. V DSS Veľký Biel bolo asi 10 sieťových posteľí v rôznych miestnostiach v bloku 1 a jedna v bloku 3. V bloku 1 bola obsadená asi polovica sieťových posteľí. Podľa vyjadrenia zamestnancov sa sieťové postele nevyužívali na obmedzovanie rozrušených a agresívnych klientov, ale na ich ochranu a prevenciu pred pádom, problémami s orientáciou alebo námesačnosťou. Delegácia videla jednu takúto posteľ obsadenú imobilnou staršou ženou, aby nebola v nebezpečenstve pádu. Žena bola pokrytá muchami. V čase návštevy zistila komisia CPT, že na samotke bola uzamknutá rozrušená a takmer nahá (iba v handrách) žena s mentálnym postihnutím. Miestnosť mala iba posteľ, penové matrace a vedro pre hygienické potreby a bola bez okien celkom na konci bloku 1. Cela nemala osvetlenie, ale mala mrežové dvere, ktoré prepúšťali svetlo z predsieni. Steny cely boli zašpinené od výkalov. Žena bola pravdepodobne vyberaná z cely dva až trikrát týždenne, aby sa umyla. Psychiater zariadenia a pracovníci uviedli, že tam bola zavretá približne šesť mesiacov, ale nevedeli povedať presný dátum. Ak to zhrnieme, tak ubytovanie agresívnych impulzívnych klientov v Okoči a blok 1 vo Veľkom Biele vytvárali dojem úplnej bezútešnosti a opustenosti. Tento dojem bol umocnený ešte chátrajúcim stavom priestorov. Situácia obyvateľov umiestnených v sieťových lôžkach a ženy uzavretej v samotke sa môže opísať iba ako hrôzostrašná.⁷⁵ Komisia CPT konštatovala, že podobná situácia je podľa jej informácií aj v iných zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike. Okrem týchto skutočností CPT upozornilo aj na nekvalifikovanosť personálu, nízky počet zamestnancov, absenciu individuálneho prístupu. Výsledky tohto monitoringu viedli v oboch zariadeniach k prvotným zmenám, kde v DSS Okoč bolo vymenené vedenie a nový riaditeľ Tibor Vereš až do súčasnosti postupne aktívne presadzuje zmeny, ktorých cieľom je deinštitucionalizácia zariadenia. Súčasný stav poskytovania sociálnych služieb v tomto zariadení je v porovnaní s faktami uvedenými v správe CPT výrazne humanizovaný, vedenie postupne opúšťa pôvodné objekty a transformuje zariadenie. DSS

75 Report to the Government of the Slovak Republic on the visit to Slovakia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). <http://www.cpt.coe.int/documents/svk/2001-29-inf-eng.pdf>

Veľký Biel sa v priebehu nasledujúcich rokov, vzhľadom na reštitúciu kaštieľa, v ktorom sa zariadenie nachádzalo, zrušilo a obyvatelky sa presťahovali do DSS Báhoň a DSS Plavecké Podhradie. Jednou z reakcií štátnych orgánov na predloženú správu a zistenia CPT -bolo, že **MPSVR SR a MZ SR pripravili materiál Koncepčné riešenie problémov v oblasti sociálnych služieb pri starostlivosti o občanov s duševnými poruchami a poruchami správania**. Tento materiál uvádzal nasledovné: „V záujme humanizácie prostriedkov pomoci a zvýšenia kvality života občanov s ťažkým zdravotným postihnutím i v podmienkach ZSS je žiaduce pristúpiť ku zriaďovaniu zariadení chráneného bývania a zriaďovaniu domovov sociálnych služieb, v ktorých sa bude poskytovať starostlivosť občanom s duševnými poruchami a poruchami správania s mentálnou retardáciou, ako samostatných účelových ZSS a zriaďovaniu domovov sociálnych služieb pre deti, v ktorých sa bude poskytovať starostlivosť zameraná na špecifické potreby detí s diagnózou autizmu (regionálne centrá pre autistov). Ide tým aj o potrebu odstrániť negatívny skutkový stav, kedy dochádza k poskytovaniu starostlivosti v domovoch sociálnych služieb občanom s duševnými poruchami a poruchami správania v kombinácii s poskytovaním starostlivosti občanom s ťažkými psychiatrickými diagnózami.¹⁷⁶ Prakticky však opakovali už deklarované potreby zo správy MZaSV SR z roku 1990. Stále sa tu neobjavila zmienka o potrebe systémovej zmeny a transformácie sociálnych služieb, aj keď sa upozorňuje na potrebu riešenia kvality poskytovaných sociálnych služieb.

V reakcii na správu CPT vypracovala organizácia **Mental Disability Advocacy Center (ďalej len MDAC) správu: Postele s kliečkou – neľudské a ponižujúce zaobchádzanie v štyroch krajinách prístupujúcich k Európskej únii (2003)**. MDAC samo navštívilo viackrát jedno zo zariadení spomínaných v správe CPT. Okrem toho, že táto správa sa podrobne venuje výstupom monitoringu CPT a využívaniu sieťových postelí, sú tu komentované aj vyjadrenia zástupcov ministerstiev, kde v reakcii na to, že nie je prípustné, aby bol klient sústavne uzavretý v sieťovej posteli, a aby k tomu viac nedochádzalo, zástupcovia odpovedali, že nesúhlasia so správou CPT, lebo si myslia, že nie je pravdivá, a že ak niekto chce byť v sieťovej posteli, je to jeho slobodná voľba a je to preňho najlepšie. Dokonca podľa hlavného odborníka na psychiatriu MZ SR sú sieťové postele humánnejším prostriedkom na zvládanie pacienta než iné prostriedky. MDAC počas svojej návštevy v jednom z pôvodne monitorovaných zariadení v máji 2002 našlo sedem sieťových postelí, ktoré boli všetky obsadené a v jednej z nich ležala

76 Koncepčné riešenie problémov v oblasti sociálnych služieb pri starostlivosti o občanov s duševnými poruchami a poruchami správania. MZ SR. 2001. <http://www.rokovania.sk/File.aspx/Index/Mater-Dokum-19615>

nahá žena. Podobne našlo MDAC aj v novozriadenom domove sociálnych služieb muža v sieťovej posteli, o ktorom zamestnanci tvrdili, že chce chodiť do tejto postele sám. No nikto zo zamestnancov zástupcov MDAC neinformoval a nevedel povedať, aké terapie sa uplatňujú u toho klienta, aby sa zbavil svojho strachu, ktorý viedol k tomu, že sa v sieťovej posteli cítil bezpečne. Postupne sa po tejto správe a správe CPT a zmenách v legislatíve v domovoch sociálnych služieb upúšťalo od izolácie a sieťových postelí, ktoré už v súčasnosti nie sú v zariadeniach sociálnych služieb povolené. No napriek tomu je ešte možné často vidieť obmedzovanie prijímateľov sociálnych služieb (ich zamykanie) aj v súčasnosti, v roku 2018.

Tretiu správu v oblasti dodržiavania ľudských práv spracovala **RPSP, ktorá v mesiacoch máj a jún 2003 vykonala na základe objednávky Slovenského helsinského výboru monitoring o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb v Slovenskej republike.**⁷⁷ V priebehu dvoch mesiacov vykonali pracovníci RPSP monitoring v 21 domovoch sociálnych služieb na základe metodiky vypracovanej odbornou konzultačnou komisiou Centra právnej pomoci osobám so zdravotným postihnutím v zložení: Slavomír Krupa, Bohuslava Zániová, Eva Lysičanová, Mária Orgonášová, Igor Javorský, Alexandra Bražinová, Viera Záhorcová a Peter Breier. Slovenský helsinský výbor a RPSP oslovili všetkých osem samosprávnych krajov, z ktorých pozitívne reagovalo sedem krajov a Trenčiansky samosprávny kraj uviedol, že si hodnotenie vykoná vlastnými pracovníkmi. Monitoring prebiehal priamym pozorovaním v zariadeniach a rozhovormi s klientmi zariadení. Hodnotenie dodržiavania ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb v rámci tohto monitoringu sa venovalo nasledovným oblastiam:

1. Prostredie, v ktorom sú poskytované sociálne služby v súvislosti s ľudskými právami
2. Personál
3. Klienti
4. Podmienky liečenia a hospitalizácie
5. Vonkajšie kontakty
6. Lekárska a zdravotná starostlivosť
7. Pravidlá a interné predpisy v zariadení

⁷⁷ Monitorovacia správa o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci 2003.

8. Ľudské práva
9. Zákaz nútenej práce
10. Súkromie
11. Majetok a vlastníctvo
12. Sloboda a osobná bezpečnosť
13. Právo na informácie
14. Pacientská samospráva
15. Sloboda vierovyznania
16. Voľby
17. Zákaz diskriminácie

Samotný monitoring podrobne rozoberal situáciu v 21 domovoch sociálnych služieb a na jeho základe bola spracovaná komplexná záverečná hodnotiacia správa. Výsledky monitoringu potvrdzovali zlý stav poskytovania sociálnych služieb v tradičných zariadeniach. Väčšina monitorovaných zariadení poskytovala sociálne služby v starých historických budovách, ktoré prešli rekonštrukciou. V zariadeniach, ktoré sa reprofilizovali z domovov dôchodcov na domovy sociálnych služieb, žili ešte aj pôvodní klienti: starobní dôchodcovia spolu s ľuďmi s mentálnym postihnutím. Správa konštatovala, že okrem vysokých nákladov na údržbu a rekonštrukciu budov, tieto objekty neposkytovali primerané prostredie na bývanie – veľké priechodné miestnosti s vysokým počtom postelí a nízkou úrovňou poskytovania súkromia a hygieny pre obyvateľov. Iba niektorí obyvatelia mohli opustiť zariadenie bez sprievodu. V budovách bývalých kaštieľov a kláštorov boli poskytované prevažne veľkokapacitné služby pre 100 a viac klientov a služby boli poskytované nekoedukovane – zvlášť pre mužov a zvlášť pre ženy. Nedostatok personálu v priamom kontakte sa prejavoval hlavne počas víkendov a sviatkov. Absentovali individuálne plány, aktivizácia a orientovanie sa na zamestnávanie. Spolupráca s rodinou bola minimálna. Takmer 90 % klientov týchto zariadení bolo zbavených spôsobilosti na právne úkony a len výnimočne boli podmienky pozbavenia na právne úkony aj špecifikované. V rámci monitoringu sa ukázalo, že väčšina zariadení nezvládala poskytovanie sociálnych služieb pre ľudí s najvyššou mierou podpory a agresívnych klientov, ktorí boli zaradovaní do samostatných skupín s minimálnou aktivizáciou. V zariadeniach sa využívali obmedzujúce prostriedky ako fixovanie klientov, sieťové postele a medikamentózna liečba na potlačanie sexuálneho a problémového správania bez aktívnej terapie. Lekárska a zdravotná

starostlivosť tvorila v tradičných zariadeniach viac ako 70 % celkových služieb, a ako už bolo uvedené, medikamentózna liečba bola preferovaná pred sociálno-psychologickými a pedagogickými prístupmi a metódami práce. Vládol tu silne paternalistický prístup, ktorý sa prejavoval jednostranným tykaním zo strany personálu a minimálnymi možnosťami rozhodovania a ovplyvňovania prostredia samotnými obyvateľmi. V oblasti slobody a osobnej bezpečnosti a práva na informácie správa konštatuje: „Vysoký počet obyvateľov, nekoedukované prostredie, absencia výchovných a sociálnych pracovníkov spôsobuje konflikty medzi obyvateľmi, ktoré v niektorých prípadoch riešia vedúci pracovníci privolaním policajnej hliadky alebo hospitalizáciou na psychiatrii. Ohrozený býva tiež personál najmä počas nočných a víkendových služieb, kedy je vysoký počet obyvateľov na dvoch až troch pracovníkov. Výnimočne sme sa stretli s tým, že niektoré potrebné hygienické zariadenia boli z dôvodu ich ochrany pred poškodením uzamknuté. V tradičných zariadeniach je obyvateľ objektom služieb. Absentuje individuálny prístup, individuálne rozvojové programy, aktívna komunikácia s klientom. Zdravotná dokumentácia je umiestnená v ambulancii a nie je bežne prístupná obyvateľom domova. Obyvatelia nie sú aktívne vedení k sebaobhajovaniu svojich práv. Je pravdepodobné, že pomerne veľkú časť dňa (najmä v zimnom období) sedia v miestnostiach a pozerajú TV.“⁷⁸ Pracovníci RPSP vo svojich monitoringoch objavovali podobné situácie ako členovia CPT a MDAC. Ako uvádza pracovníčka RPSP, ktorá sa podieľala na monitoringoch: „Najviac ma iritovala starostlivosť o klientov, ktorí boli vďaka svojmu zdravotnému stavu pripútaní na lôžko. Títo si len ležia, ležia a ležia. To je ich celodenná činnosť. Ráno sa zobudia, pracovníčky ich poumývajú na lôžku, nakrmiť na lôžku a nechajú "oddychovať" na lôžku. Na obed ich nakrmiť na lôžku, prebalia na lôžku a nechajú "oddychovať" na lôžku. Po večeri ich pracovníci prebalia na lôžku, prípadne umyjú na lôžku a uložia spať na lôžko. To je život! Po návšteve jedného domova sociálnych služieb v našom kraji sme s kolegom odchádzali znovu znechutení z podmienok, v ktorých tam ľudia žijú. Nevideli sme však to, čo sa podarilo objaviť našim kolegom pri opakovanej návšteve tohto zariadenia v súvislosti s iným projektom. Jedna z kolegýň náhodou zazrela pootvorené dvere v škáričke mreže. Hneď sa k nim zvedavo rozbehla. To, čo uvidela bol hrozný obraz ako zo stredovekého filmu. V miestnosti boli dve mrežové "cely", lyžičky nejako pripevnené ku konštrukcii, na zemi "WC=vedro", nahádzané matrace a v jednej z nich zúbožený človek. Opakujem, ČLOVEK.

78 Monitorovacia správa o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci 2003.

Na otázku, prečo je ten pán v kletke, pani riaditeľka odpovedala, že sa tam asi nejako sám dostal, zatúlal. Ale ako sa potom mohol zvonku zamknúť? Táto metóda prístupu ku klientom s poruchami správania a ďalšie (kazajkovanie, sieťové postele, utlmujúce injekcie a iné) sú stále populárne v našich zariadeniach. Aj napriek špeciálnym metódam, ktoré sa v zahraničí úspešne používajú, a ktoré neohrozujú integritu človeka, sú šetrné a pritom účinné, stojí Slovensko zamrznuté na jednom bode – "stredoveku."⁷⁹

Výsledky tejto správy dokazujú, že napriek legislatívnym možnostiam zaznamenávame len pomalý nástup komunitných služieb prevádzkovaných predovšetkým mimovládny sektorom a postupným presadzovaním sociálneho prístupu. Vo svete tradičných inštitúcií ako keby zastal čas a fungovali ako v 50. a 60. rokoch napriek tomu, že sa písal rok 2003 a Slovensko sa chystalo na aktívne členstvo v Európskej únii. Tento stav jasne popisuje väčšina hodnotiacich správ konkrétnych zariadení, ktoré boli do tohto procesu zapojené.

Pre ukážku vyberáme časť správy z monitoringu DSS Dúbrava na slovensko-ukrajinských hraniciach. *„DSS Dúbrava sa nachádza v chránenej krajinskej oblasti Vihorlat v okrese Snina, presnejšie v jeho východnej časti. Zariadenie sídli v budove kaštieľa pôvodne patriacemu grófskej rodine Serényiovcov. Budova kaštieľa sa stala majetkom štátu Benešovým dekrétom v roku 1945. Najprv patrila štátnym lesom, neskôr v roku 1961 v nej bol zriadený Okresným národným výborom v Humennom Ošetrovací ústav. Tento sa v roku 1966 zmenil na Ústav sociálnej starostlivosti. Od roku 1991 sa datuje vznik Ústavu sociálnych služieb ako samostatného právneho subjektu. Od 1. 7. 2002 zariadenie spadá do kompetencie Prešovského samosprávneho kraja a boli k nemu pričlenené ako organizačné jednotky: Domov pre osamelých rodičov v Snine, Útulok v Snine a Zariadenie sociálnych služieb Novej Sedlici. DSS Dúbrava pozostáva z ôsmich budov: kaštieľ (oddelenia 1 a 3, kapacita: 47 klientov), budova pre ubytovanie klientov (oddelenie 2, kapacita: 43 klientov), práčovňa a administratíva, kuchyňa a sklady, rehabilitácia a spoločenská miestnosť, vrátnica, hospodárska budova a márnica. Súčasťou zariadenia je i rozsiahly park. Kaštieľ a park sú zapísané ako kultúrne pamiatky. Prestavby a renovácie prebehli v rokoch 1991 (práčovňa a administratívna budova), 1993 (hospodárska budova), v roku 2001 sa realizovala výmena hliníkovej elektrickej inštalácie za medenú, v roku 2002 renovácia kúpeľní, v roku 2002 nákup*

79 Len slovko o ľudských právach a slobodách, alebo čo je dobré radšej nevedieť. Integrácia. 2003.

smažiacej panvice do kuchyne (160 tis. Sk) a varnej stoličky (20 tis. Sk). V oblasti opráv a údržby je potrebné vykonanie týchto prác: kotolňa (prechod z tuhého paliva na plynné), oprava fasád, malby a nátery, rekonštrukcia vodovodnej siete, vyasfaltovanie chodníkov a ciest, nákup veľkokapacitných práčok, generálna oprava čističky odpadových vôd. Zariadenie má vypracovaný evakuačný plán. Núdzové východy by mohli byť označené výraznejšie. Obec Dúbrava leží medzi mestami Snina (32 km) a Sobrance (20 km). Do Sniny je možné dostať sa cez deň siedmimi autobusmi (najneskôr o 17.00) a zo Sniny prichádzajú do Dúbravy štyri autobusy. Do a zo Sobraniec idú dva autobusy denne. Cez víkend sú spoje obmedzené. Najbližšia väčšia dedina Ublá sa nachádza 5 km od Dúbravy, v nej sa nachádza zdravotné stredisko, pošta a lekáreň. Do Uble sa možno dostať autobusmi, ktoré idú smerom do Sniny. Priamo v obci Dúbrava sú dva kostoly (rímsko a grécko-katolícky) a potraviny.

Bývanie:

Zariadenie má charakter celoročného pobytu. Prevládajú v ňom viac lôžkové izby.

Rozloženie lôžok:

- dvojlôžkové izby: 1
- trojlôžkové izby: 6
- štvorlôžkové izby: 3
- päťlôžkové izby: 3
- šesťlôžkové izby: 3
- sedemlôžkové izby: 1
- deväťlôžkové izby: 2

Izby sú vybavené zväčša nemocničným typom postelí. Pri každej posteli je nočný stolík, tiež nemocničného typu. V zariadení sa nachádza 11 sieťových postelí. Podlahová plocha obytných miestností je 357 m², na jedného obyvateľa tak pripadá necelých 3,97 m², čo ani zďaleka nepokrýva spodnú hranicu normy 8 m². Súkromie je ťažké zabezpečiť vzhľadom na veľký počet klientov na izbách, navyše niektoré izby sú priechodné. Izby sú stroho zariadené, chýba priestor pre umiestnenie osobných vecí. Klienti majú svoje osobné šatstvo v skriniach na chodbách. Skrine sú uzamknuté, šatstvo im vydáva zdravotnícky personál.

Hygienické zariadenia sú na chodbách spoločné pre viac izieb.

spolu

- WC 13 t. j. 07 obyvateľov na 1 WC
- Umývadlá 14 t. j. 06 obyvateľov na 1 umývadlo
- sprchy 4 t. j. 22 obyvateľov na 1 sprchu
- vane 8 t. j. 11 obyvateľov na 1 vaňu

Klienti majú svoje osobné hygienické potreby v nočných stolíkoch. Niektorým klientom vydáva osobné hygienické potreby personál ústavu."

V tomto kontexte je potrebné spomenúť aj **aktivitu nadácie SOCIA v spolupráci s expertmi z ČR a Radou pre poradenstvo v sociálnej práci, ktorí pripravili súbor seminárov o kvalite v sociálnych službách a metodológii jej hodnotenia**. V rámci rozvoja oblasti kvality sociálnych služieb je potrebné uviesť predovšetkým **publikácie Rady pre poradenstvo v sociálnej práci - Kvalitné sociálne služby I (2000) a Kvalitné sociálne služby II (2003)**, ktoré sa venujú systematickému hodnoteniu kvality poskytovaných sociálnych služieb v Slovenskej republike, kde v rámci spolupráce s nadáciou SOCIA vytvorila RPSP prvé neoficiálne štandardy kvality sociálnych služieb na Slovensku.

Všetky tieto zmeny postupne a pomaly viedli aj k zmene myslenia profesionálov v oblasti sociálnych služieb, o procese transformácie a deinštitucionalizácie a aj o dodržiavaní ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb sa začalo diskutovať častejšie. Dialo sa tak aj v kontexte toho, že v roku 2004 sa stala Slovenská republika súčasťou Európskej únie. Zároveň je však nutné spomenúť, že v roku 2002 prebehla decentralizácia samosprávy v Slovenskej republike. V jej dôsledku sa udiali aj v oblasti poskytovania sociálnych služieb zásadné zmeny, kedy sa veľká časť pobytových inštitucionálnych sociálnych služieb rôznymi zmenami dostala do zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávnych krajov a obcí. Samosprávne kraje a obce zriaďujú sociálne služby, vo veľkej miere ich financujú a ešte na dôvažok aj rozhodujú o odkázanosti občanov na sociálnej služby. V dôsledku toho majú výrazný vplyv na reálnu úroveň poskytovania sociálnych služieb v SR. V nasledujúcich rokoch až do súčasnosti bolo a stále je možné vidieť silnú tendenciu samosprávnych krajov udržať a prevádzkovať tieto

pobytové služby, ktoré sú vnímané ako „naše služby“, a preto sú uprednostňované a na druhej strane ide o diskriminovanie služieb zriadených mimovládnyimi a cirkevnými organizáciami, ktoré nazývajú „ich/iné služby“. Práve tento fakt vedie aj k silnej rezistencii samosprávnych krajov v procese transformácie a deinštitucionalizácie a tlaku na to, aby sa tieto služby naďalej umelo udržiavali a podporovali. Tento systém umožňuje samosprávam udržiavať dlhodobu kontrolu a moc nad službami, ale aj občanmi, ktorí sú na tieto služby odkázaní a vytvára priestor pre netransparentné, ale hlavne neefektívne financovanie a poskytovanie služieb. Toto vedie k šedej ekonomike v systéme sociálnych služieb, ktorá má prednosť pred kvalitou života a potrebami občanov so zdravotným postihnutím.⁸⁰ Týmito skutočnosťami sa zaoberáme aj v ďalších kapitolách. Od roku 1990 je možné vidieť v rôznych strategických dokumentoch, odborných správach a koncepciách deklarovanie potreby rozvoja komunitných služieb, transformácie a deinštitucionalizácie, ale ich reálne presadzovanie sa v skutočnosti deje veľmi pomaly a je dlhoročným bojom za práva osôb so zdravotným postihnutím.

⁸⁰ Ide predovšetkým o často netransparentné investície na opravy a prevádzky sociálnych služieb, ktoré nevedú k efektívnosti sociálnej služby. Alebo spôsob zabezpečovania dodávok služieb a tovarov pre prevádzku zariadení sociálnych služieb cez účelovo nastavené verejné obstarávania. Tiež „čierna práca“ prijímateľov sociálnych služieb bez adekvátnej odmeny. Niektoré tieto aktivity boli riešené aj verejne, napr.: <http://zivot.cas.sk/clanok/7211/koniec-zlatej-bane-milionova-kauza-je-opat-na-sude>.

Sociálne služby v rokoch 2004 – 2009

V roku 2004 sa Slovenská republika stala súčasťou Európskej únie, čo vytvorilo priestor pre možné realizovanie systémových zmien v rámci štrukturálnych fondov. No napriek tejto možnosti a aj dlhoročným aktivitám tretieho sektoru v Slovenskej republike v oblasti deinštitucionalizácie a transformácie, bol tento prístup zo strany štátnej správy ešte nepochopený. Na druhej strane sa však realizovali legislatívne zmeny v zákone o sociálnej pomoci, ktoré zaviedli minimálne výšky finančného príspevku vo financovaní obecných a neštátnych poskytovateľov. Toto čiastočne vytvorilo priestor pre poskytovanie kvalitnejších sociálnych služieb na komunitnej úrovni a aj predpoklady a priestor pre realizovanie zásadných zmien v sociálnych službách. V praxi však samotné MPSVR SR realizovalo **projekt Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb, ktorým sa zásadné zmeny neudiali. Jeho počiatky boli ešte v roku 2003, keď vláda Slovenskej republiky schválila uznesením č. 430 z 21. mája 2003 žiadosť o poskytnutie pôžičky z Rozvojovej banky Rady Európy na účely financovania infraštruktúry pre domovy sociálnych služieb.** Vzhľadom na administratívne komplikácie bola táto zmluva uzatvorená až koncom roka 2003. Realizácia celého projektu následne prebiehala v rokoch **2004 a 2005. Napriek názvu však samotný projekt nepredstavoval reálnu transformáciu sociálnych služieb, ale investičnú podporu existujúcej infraštruktúry ústavnej starostlivosti v oblasti sociálnych služieb.** Realizáciu sprevádzali komplikácie súvisiace s decentralizáciou sociálnych služieb, ktorá začala koncom 90. rokov, keď pri tvorbe projektu boli tieto zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti krajských a okresných úradov a už počas jeho realizácie v pôsobnosti samosprávnych krajov a obcí. Celkovo bolo **v projekte vyčerpaných 549 710 939 Sk, čo je cca 18 247 060 eur. Z toho bolo 60 % financovaných zo štátneho rozpočtu a 40 % z pôžičky Rozvojovej banky Rady Európy.**⁸¹ V rámci projektu bolo podporených 23 zariadení sociálnych služieb na území celého Slovenska. Nachádzali sa tu aj niektoré zariadenia, ktoré majú komunitný charakter, ako napr. DSS Symbia vo Zvolene alebo DSS Doména Žiar nad Hronom, ale väčšina z podporených zariadení boli tradičné inštitucionálne zariadenia. Ako sme už uviedli, išlo

81 Záverečná správa o projekte Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb. MPSVR SR. 2008. <http://www.esf.edu.sk/ecdl/Analzy/Súhrnná%20záverečná%20správa%20o%20projekte%20Transformácia%20existujúcich%20zariaden%C3%AD%20sociálnych%20služieb.pdf>

prevažne o investície, ktoré v kontexte súčasného (ale aj vtedajšieho odborného) vnímania DI nemôžeme považovať za reálnu transformáciu, ale predovšetkým ako humanizáciu služieb. Pre bližšie pochopenie môžeme uviesť, že v niektorých podporených zariadeniach sa budovali priestory pre chránené bývanie. V každom prípade však išlo o chránené bývanie, ktoré bolo súčasťou areálu alebo budovy (podkrovie) tradičného inštitucionálneho zariadenia. Ak vychádzame z aktuálnych Národných priorít rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 až 2020, takéto chránené bývanie nie je v súčasnosti vnímané ako komunitná sociálna služba, keďže nespĺňa podmienky uvedené v prílohe tohto dokumentu. Druhým dôvodom nášho tvrdenia je, že ak sa podrobnejšie pozrieme na podporené investície, často ide o investície do neúčelových budov. Tento fakt konštatuje aj samotná záverečná správa o projekte. V rámci projektu sa investovalo do šiestich kaštieľov alebo kláštorov, ôsmich bývalých budov kasární alebo predškolských zariadení, štyroch budov bývalých ubytovní alebo budov pohraničnej stáže a piatich budov, ktorých objekty boli postavené v minulosti na poskytovanie sociálnej starostlivosti. V jednom prípade išlo o vybudovanie nového zariadenia pre klientky zariadenia z Veľkého Bielu, ktoré bolo významne kritizované za porušovanie ľudských práv v roku 2001 a 2002. Práve riešenie tohto projektu a budovanie nových inštitucionálnych segregovaných služieb v areáli bývalých kasární v Plaveckom Podhradí, bolo výrazne kritizované a odborne napádané zo strany mimovládnych organizácií pod vedením ZPMP v SR a SocioFóra, ktorých zástupca bol aj v riadiacom výbore celého projektu, avšak jeho pripomienky k jednotlivým projektom neboli zväčša akceptované. Prevažný charakter investícií v tomto projekte mal naozaj **len humanizačný charakter a upevňovanie inštitucionálnej kultúry** bez toho, aby sa riešila aj zmena formy a obsahu poskytovania sociálnych služieb. Pre korektnosť informácie je potrebné uviesť, že sa nejednalo len o verejné zariadenia, ale išlo aj o neverejné zariadenia sociálnych služieb. Pre ilustráciu podporovaných aktivít môžeme v skratke uviesť dve zariadenia: „*Integračné zariadenie KOR - GYM, n. o. Hertník: Chránené bývanie, podporované zamestnávanie a hipoterapia ako súčasť integrácie občanov s mentálnym postihnutím do spoločnosti. Integračné zariadenie KOR - GYM, n. o. Hertník (ďalej len "IZ KOR - GYM") je situované v Prešovskom kraji, v neúčelovom objekte – kaštieli. Hertnícky kaštieľ stojí na mieste niekdajšieho hradu, ktorý dal údajne vybudovať Ján Jiskra z Brandýsa, niekedy v polovici 15. storočia. Kaštieľ ako sídlo hertníckeho panstva vybudovali Forgáčovci po roku 1563. V roku 1910 kaštieľ od účastinárskej spoločnosti odkúpil štát. Za druhej svetovej vojny bol značne poškodený. Po generálnej oprave a rozsiahlej rekonštrukcii slúži objekt od 1. 7. 1993 ako zariadenie sociálnych služieb, určené pre ľudí s mentálnym a kombinovaným postihnutím bez rozdielu pohlavia a veku. Jeho kapacita je 59 miest a ďalších 12 miest je*

vyhradených pre krátkodobé relaxačno-rehabilitačné pobyty občanov s ťažkým zdravotným postihnutím z terénu. O klientov sa stará pracovný tím zložený zo 42 zamestnancov. Cieľom projektu, ktorý bol sčasti financovaný z pôžičky Rozvojovej banky Rady Európy (ďalej len "RB RE"), bolo :

- a) Rekonštrukcia fasád kaštieľa (vrátane izolácií).
- b) Rekonštrukcia stužnej časti hradieb – v niektorých častiach sa hradby rozpadávali a hrozilo bezprostredné nebezpečenstvo úrazu pre klientov.
- c) Zastrešenie voltižovacej plochy v areáli kaštieľa, ide o kruhovou plochu, ktorá slúži na hipoterapiu pre klientov, a ktorej zastrešenie umožnilo liečebnú rehabilitáciu klientov prostredníctvom jazdy na koňoch počas celého roka.
- d) Úprava športovej plochy, ide o vytvorenie športovísk v areáli kaštieľa – exteriéri.
- e) Odkúpenie dvoch rodinných domov s hospodárskou budovou a pozemkom - obidva rodinné domy s hospodárskou budovou sa nachádzajú na spoločnom pozemku, neďaleko areálu IZ KOR - GYM.

Domov sociálnych služieb Adamovské Kochanovce: „Projekt komplexnej revitalizácie parkových priestorov ako rozšírenej obytnej plochy pre klientov domova sociálnych služieb“.

Areál DSS tvorí barokový kaštieľ postavený okolo roku 1760 a zachovalý anglický park, v ktorom sa vyskytujú i exotické dreviny, s ojedinelým exemplárom tisu obyčajného. Celý areál patrí medzi hodnotné dobové architektúry a nachádza sa v ňom drobná parková architektúra (skleník, vstupná brána do parku, rotunda, záhradný altánok). Kaštieľ aj park sú národnou kultúrnou pamiatkou. Kaštieľ je situovaný v parku, ktorý spolu s ovocným sadom, zeleninovou záhradou a hospodárskymi budovami má výmeru 5 7565 hektárov. Neskorobarokový kaštieľ bol v roku 1958 adaptovaný, keď bolo dokončené aj jeho východné krídlo. Je to dvojpodlažný objekt, postavený na obdĺžnikovom pôdoryse s dvoma krátkymi krídlami. Posledná majiteľka, barónka Szizo Noris, ktorá v kaštieli v roku 1974 dožila, ho darovala štátu. Ide teda o neúčelový objekt, ktorý rozsiahlymi stavebnými úpravami bol prispôsobený na účely zariadenia sociálnych služieb. Po druhej svetovej vojne bol v kaštieli prevádzkovaný domov dôchodcov, ktorý bol v roku 1962 reprofelizovaný na domov sociálnych služieb pre deti a mládež.

DSS poskytuje komplexné sociálne služby formou celoročného pobytu 95 klientom (deťom a dospelým občanom) vo veku od 3 do 45 rokov. V DSS sa poskytuje starostlivosť klientom

s telesným postihnutím, duševnými poruchami a poruchami správania a kombináciou postihnutí. Klienti obývajú v DSS trojpostelové (1 izba), päťpostelové (1 izba), osempostelové (4 izby) i viac ako osempostelové (5 izieb) izby. Izby sú vybavené posteľami, skriňami, nočnými stolíkmi, stolmi, stoličkami. Niektoré izby aj poličkami, nočnými lampami, televízormi, rádiami a hifi vežami.

Cieľom projektu bolo:

- a) Vybudovať bezpečnú pešiu zónu pre klientov DSS v rámci prístupovej komunikácie, v hospodárskej časti a v parku.
- b) Ozdravenie porastov (stromy, kry) a tým zvýšenie bezpečnosti prevádzky parku v súvislosti s možnosťou voľného pohybu klientov.
- c) Odborné ošetrovanie, prípadne asanácia poškodených stromov – ochrana života a zdravia postihnutých klientov.
- d) Komplexná revitalizácia parku.
- e) Vybudovanie prístrešku pred oddelením pre imobilných klientov.
- f) Sadové úpravy.
- g) Vytvorenie športovo-relaxačnej zóny v parku.

V rámci tohto textu považujeme za potrebné dodať (podporujúc zariadenie DSS Adamovské Kochanovce, ktoré sa v súčasnosti nachádza v procese DI a transformácie) to, že tieto investície pod pojmom transformácia išli v rámci tohto zariadenia predovšetkým do revitalizácie parku a vôbec sa nedotkli kvality života samotných klientov, ktorí (ako je možné vidieť aj v správe) ešte aj v súčasnosti žijú v nevyhovujúcich podmienkach.

Napriek tomu, že sa v tomto zariadení investovalo takmer 7 mil. Sk, t. j. 232 000 eur, ešte stále sa tam aj v roku 2016 nachádzali veľkokapacitné izby s viac ako ôsmimi posteľami, ktorých súčasťou priamo v neoddelenom priestore izby je aj vaňa. Preto je naozaj otázne, či toto boli efektívne vynaložené zdroje.

Podobne na tom bola väčšina investícií podporená v tomto projekte. Napriek tomu, že z odborného hľadiska sa nejednalo vôbec o transformáciu, ale iba o čiastočnú humanizáciu, tento trend podpory sociálnych služieb a podpory inštitucionálnej starostlivosti zo strany štátnej správy a neskôr aj štrukturálnych fondov pokračoval. **Jedným z negatívnych**

dôsledkov projektu je aj vnímanie pojmu transformácia sociálnych služieb iba ako investičná podpora a humanizácia. Tento odborný problém sa ukázal aj neskôr, keď niektorí odborníci a aj samosprávne kraje spájali dva celkom rozdielne procesy: proces humanizácie a deinštitucionalizácie. Aj v súčasnosti je potrebné vysvetľovať, že proces transformácie a deinštitucionalizácie nie je len investičným procesom, ale predovšetkým procesom obsahovej a kvalitatívnej zmeny poskytovania sociálnych služieb a zmeny paradigmy v poskytovaní sociálnych služieb, kde je centrom samotný prijímateľ sociálnej služby.

Vstupom Slovenska do Európskej únie sa otvorili možnosti čerpať štrukturálne fondy. Mimovládne organizácie pôsobiace v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie začali hľadať možnosť, ako tento proces presadzovať systematickejšie. Skúsenosti z projektu MPSVR SR Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb sa neukazovali ako ten správny prístup. Vďaka národným a medzinárodným monitoringom dodržiavania ľudských práv v inštitucionálnej starostlivosti sa táto téma otvárala vo väčšom rozsahu.

Základným dokumentom pre čerpanie štrukturálnych fondov v období rokov **2004 až 2006 bol Rámec podpory spoločenstva**.⁸² Tento dokument sám o sebe nehovoril priamo o podpore štrukturálnych zmien v oblasti zdravotného postihnutia, no **operoval už s pojmom sociálnej inklúzie a sociálne izolovaných skupín. Národný rozvojový plán definoval** skupiny ohrozené sociálnym vylúčením nasledovne: *„Ide predovšetkým o dlhodobu nezamestnané osoby, príslušníkov rómskej etnickej menšiny, občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou (ZPS) a občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou s ťažším zdravotným postihnutím (TZP), starších občanov, osoby s problémami sociálneho začlenenia (osoby po výkone trestu, bezdomovci, osoby závislé na alkohole a drogách), rodiny s väčším počtom detí a neúplné rodiny s nezaopatrenými deťmi, mládež vyrastajúcu v znevýhodnenom sociálnom a rodinnom prostredí, migrantov, utečencov a azylantov.*“⁸³ Napriek tomu, že sa tu objavujú aj osoby so zdravotným postihnutím, ich podpora bola v rámci tohto programového obdobia vždy úzko spájaná v kontexte podpory zamestnávania a znižovania nezamestnanosti. V Národnom

82 Podrobnejšie informácie nájdete tu: <http://www.nsrr.sk/sk/programovacie-obdobie-2004---2006/zakladne-dokumenty/>.

83 Národný rozvojový plán. 2003. Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky. <http://www.nsrr.sk/download.php?FNAME=1216970884.upl&ANAME=NRP.pdf>

rozvojom pláne bola spracovaná aj podrobná analýza sociálnych služieb, ale zásadný výstup pre oblasť podpory a štrukturálnych zmien v tomto dokumente nebol navrhnutý. Záverečné konštatovanie tejto analýzy, že: „*Transparentnosť procesu financovania z verejných rozpočtov je zásadnou otázkou vo väzbe na požiadavku formulácie a dodržiavania štandardov kvality poskytovania sociálnych služieb, ktoré budú formulované ako súčasť reformy sociálnych služieb na Slovensku. Prostredníctvom štandardov dôjde k poskytovaniu sociálnych služieb bližších k individuálnym potrebám občanov a vytvoria sa tak reálnejšie podmienky pre ich sociálnu inklúziu,*“⁸⁴ sa do úplnej reálnej implementácie nedostalo ešte ani v súčasnosti. Na druhej strane môžeme skonštatovať, že **legislatívne zmeny po roku 2008** zakotvili zohľadnenie individuálnych potrieb a prístupu klientov a aj podrobné podmienky kvality sociálnych služieb, ale reálne sa na systémovej úrovni nedodržiavajú.

V samotnom Národnom rozvojovom pláne je možné vidieť aj to, že úroveň vzdelávacích, zdravotných a sociálnych služieb je dôležitá pre rozvoj regiónov a je priamo úmerná prostrediu a objektom, kde sa tieto služby poskytujú a nachádzajú. Analýza uvádzala, že kvalita a dostupnosť poskytovaných služieb je poznačená nedostatkom investícií, ktorých dôsledkom je neuspokojivý technický stav veľkého počtu budov, morálna a fyzická zastaranosť zariadení a nedostatok moderných technológií. Okrem toho analýza uvádza, že sieť zariadení sociálnych služieb je rovnomerne rozložená, čo nebola a ani v súčasnosti nie je celkom pravda, predovšetkým aj v dôsledku dlhodobého budovania exkludovaných zariadení sociálnych služieb. Výsledky tejto analýzy však nereflektovali skúsenosti a odborné znalosti zo zahraničia a skúsenosti mimovládnych organizácií, ktoré upozorňovali na potrebu transformácie a deinštitucionalizácie. Hľadali sa predovšetkým riešenia na investičné stimuly do existujúcej inštitucionálnej starostlivosti, bez jej zásadne vnútornej obsahovej zmeny. Je zaujímavé vidieť, že v rámci tvorby stratégie, ale nepriamo, tvorcovia analýzy upozorňovali na potrebné zmeny: „*Súbežne však bude štát venovať pozornosť aj rozvíjaniu ľudských zdrojov. Hlavným zámerom stratégie v tejto oblasti je vytváranie rovnakých možností v rôznych regiónoch a sídlach s dôrazom na zamestnanosť, vzdelávanie a sociálne služby. Zdedená štruktúra sociálnych, vzdelávacích a zdravotných služieb je málo adaptovaná na meniace sa potreby. Na vyrovnávanie rozdielov nemá štát dostatok zdrojov, ktorými by mohol rýchlo meniaci sa vývoj účinne kompenzovať.*“⁸⁵ Toto konštatovanie ukazovalo, že je nevyhnutné

84 Ibid.

85 Národný rozvojový plán. 2003. Ministerstvo výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky. <http://www.nsr.sk/download.php?FNAME=1216970884.upl&ANAME=NRP.pdf>

a potrebné pristúpiť k zásadným systémovým zmenám v oblasti sociálnych vecí, zdravotníctva a vzdelávania, ktoré, žiaľ, ostávajú aktuálne aj v súčasnosti, spolu s konštatovaním, že štát nemá dostatok zdrojov, ale na druhej strane veľmi neefektívne využíva štrukturálne fondy určené na tieto oblasti.

Vytvára to dojem, ako keby na Slovensku dlhodobo vládol strach pustiť sa do zásadných štrukturálnych zmien, ktoré by zmenili paradigmu poskytovania kvalitných verejných služieb pre občanov Slovenska.

Podobné reformy sú známe zo zahraničia a priniesli zásadné zmeny, za všetky stačí spomenúť napr. nórsku HVPU – reformu (transformácia a deinštitucionalizácia sociálno-zdravotných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím prebiehajúca v rokoch 1991 až 1996, s finančnou alokáciou 277 mil. eur, ktorá je porovnateľná s investičnými zdrojmi na sociálnu inklúziu, ktoré Slovensko malo v programovom období 2007-2013 alebo 2014-2020).

Z pohľadu realizovaných projektov transformácie a deinštitucionalizácie je možné spomenúť ako významný program podpory v tomto období Iniciatívu spoločenstva EQUAL. V tomto operačnom programe sa realizovalo viacero významných projektov mimovládnych organizácií, ktoré podporovali rozvoj komunitných služieb a deinštitucionalizácie. V rámci neho sa realizoval aj **projekt Rady pre poradenstvo v sociálnej práci s názvom Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov**⁸⁶. **Išlo o prvý systémovejší projekt transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb na Slovensku.** RPSP v spolupráci s Banskobystrickým samosprávnym krajom realizovala tento projekt v rokoch **2005 až 2007**. Hlavnými dôvodmi, prečo sa aj Banskobystrický samosprávny kraj (ďalej len BBSK) rozhodol participovať na tomto projekte, boli predovšetkým pretrvávajúci vysoký počet klientov so zdravotným postihnutím v zariadeniach s celoročnou prevádzkou, ktorým nebola poskytovaná adekvátne ponuka a možnosť zúčastniť sa na pracovnom živote, dlhodobý, cielený, koncepčný záujem zriaďovateľa Úradu BBSK na zvyšovaní socializácie klientov v zariadeniach sociálnych služieb, nízka kvalifikácia pracovníkov, ich malá motivácia vo vzťahu k pracovnej a sociálnej integrácii klientov. Podľa výsledkov vstupného dotazníka tohto projektu bolo 60 % pracovníkov presvedčených o potrebe udržania vtedy existujúceho

⁸⁶ Podrobnejšie informácie o projekte nájdete v publikácii RPSP – Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. - <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/transformatcia.pdf>

stavu v sociálnych službách a len 28 % pracovníkov sa nazdávalo, že v oblasti zamestnávania je nevyhnutné uskutočniť zmeny. Posledným dôvodom bolo preferovanie skupinovej sociálnej práce pred individuálnym prístupom k prijímateľom sociálnych služieb, čo viedlo k nízkej kvalite poskytovaných sociálnych služieb. Realizácia projektu bola rozdelená do viacerých fáz. Prvá fáza predstavovala monitoring a supervíziu v 25 zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti BBSK a pôsobiach v BBSK. Tento monitoring podrobne rozoberal nasledovné oblasti v poskytovaní sociálnych služieb:

- Ľudská a občianska dôstojnosť
- Sociálny status, komunita, vzťahy, rodina – výchova a vzdelávanie
- Odborný a profesionálny prístup – postoje ku klientovi
- Zdravotná starostlivosť – hygiena
- Stravovanie
- Finančné náklady
- Humánnosť prostredia služieb – bývanie
- Riadenie organizácií

V rámci týchto monitoringov sa RPSP potvrdilo, že vo väčšine zariadení BBSK sú poskytované inštitucionálne sociálne služby, ktoré viedli k porušovaniu a nedostatočnej podpore ľudských práv ich klientov. Pracovníci zariadení mali tendenciu považovať klienta odkázaného na sociálne služby za človeka s nižšími nárokmi v oblasti potrieb, a tým sa znižovalo povedomie klienta o jeho vlastnej dôstojnosti a sebaúcte, preukazovala sa naučená pasivita a naučená bezmocnosť. Ľudia so zdravotným postihnutím prestali vnímať a vyžadovať potrebu súkromia, existovala tam tendencia obmedzovania práva výberu a slobody rozhodovania, ale aj slobody pohybu. Odborní pracovníci RPSP konštatovali pretrvávanie paternalistického a hyperprotektívneho postoja ku klientom. V zariadeniach BBSK bola nedostatočná ponuka voľnočasových aktivít, nedostatočná inovatívnosť a stereotypné aktivity. Neakceptovali sa aktuálne záujmy a potreby klientov a absentovala individuálna práca či už na individuálnom plánovaní, ale aj individuálna práca odborných pracovníkov s klientom. U školopovinných klientov bola nedostatočná predprofesionálna príprava a nácvik sebaobslužných zručností, čím sa im sťažili vyhliadky na samostatný život v dospelosti v komunite a aj pre uplatnenie na trhu práce. Väčšina zariadení bola umiestnená excentricky (4/5 zo všetkých zariadení) na okraji komunity so slabou infraštruktúrou a náročnou dopravou do zariadení. Väčšina

zariadení mala veľkokapacitné formy ubytovania nemocničného typu, kde na jedného klienta pripadalo cca. 4 až 5 m² obytného priestoru.⁸⁷ Ako príklad uvádzame vybrané časti z monitorovacej správy v DSS Slatinka z roku 2005: „Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých v Slatinke bol zriadený v roku 1950 ako ústav sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnuté deti do 15 rokov. Do roku 1970 boli pracovníkmi ústavu prevažne reholné sestry. Po roku 1979 reholné sestry odišli a v súčasnosti pracujú v zariadení iba civilní pracovníci. Po roku 1990 bolo zariadenie rozšírené na poskytovanie sociálnych služieb pre deti a dospelých, čím sa odbúral problém presúvania klientov po dosiahnutí 18. roku života do iných zariadení. Domov sociálnych služieb je umiestnený v kaštieli, ktorý bol postavený v roku 1896 a patrila barónovi Cebranymu. Majitelia však o reštitúciu po roku 1990 neprejavili záujem, a tak kaštieľ aj s veľkou záhradou prešiel do správy krajského úradu a následne pod správu Vyššieho územného celku v Banskej Bystrici. Zariadenie je umiestnené v malej osade Slatinka, v ktorej je okolo 50 až 60 obyvateľov. Starostlivosť o klientov je poskytovaná v dvoch budovách:

- a) v kaštieli, kde sa nachádza podstatná časť poskytovaných služieb a klientov,
- b) v jednoposchodovom dome, nazývaný výchovný domček.

V kaštieli sa nachádza na prízemí kuchyňa, skladové priestory, kotolňa, práčovňa, kancelárske priestory pre ekonómku a účtovníčku, na poschodí miestnosť pre riaditeľku, tri oddelenia pre ťažko postihnutých klientov, jedna miestnosť pre pracovnú terapiu a fitness, ktorá je polyfunkčná a je využívaná na viaceré aktivity s klientmi. Asi 30 metrov od kaštiela v spoločnom areáli sa nachádza ďalšia budova. Je to menší výchovný dom, kde žije 12 klientov s ľahším a stredným pásmom zdravotného postihnutia. V domčeku sú poskytované aj výchovné aktivity, na ktorých sa zúčastňujú klienti s ľahším postihnutím z kaštiela. Počas dňa sú tieto aktivity pre 18 klientov a poskytuje ich osem výchovných pracovníkov. Kaštieľ je v postupnej rekonštrukcii. V súčasnosti prebiehajú rekonštrukčné práce zamerané na odvlhčovanie spodnej časti kaštiela, rekonštrukcia je finančne nákladná a doposiaľ bolo preinvestovaných okolo 6 mil. korún. Do budúcnosti je plánom a víziou pani riaditeľky zrekonštruovať aj vrchnú časť kaštiela – podkrovie. Dôvodom je zväčšenie ubytovacích možností pre klientov. V areáli sa nachádza malý „obchodík“, ktorý môžu klienti navštíviť za účelom malého nákupu

87 Slavomír Krupa a kol. 2007. Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. RPSP. Bratislava. ISBN: 978-80-970004-2-4. <http://www.rpsk.sk/download/publikacie/transfor-macia.pdf>

sladkostí v odpoľudňajších hodinách jeden alebo dvakrát do týždňa. V obchodíku platia klienti fiktívnymi peniazmi, ktoré dostanú od výchovného pracovníka. Cieľom obchodíka v areáli DSS je naučiť klientov s ťažším mentálnym postihnutím narábať s peniazmi a poznávať ich hodnotu do takej miery, ako sú schopní. Obchodík je chápaný ako tréningový obchod pre klientov. Súkromie klientov je veľmi obmedzené, izby sú predimenzované (8 až 12 postelí na izbe). V časti domček je situácia lepšia, na izbe sú klienti ubytovaní na dvoj až trojlôžkových izbách, je tam tiež jednolôžková izba. Personál vstupuje do izieb bez klopania. Klientom chýbajú vlastné nočné stolíky a písacie stoly. V kaštieli majú všetci klienti vlastné skrine uzamknuté, v časti domček klienti môžu do skrií vstupovať aj sami. V domčeku sú izby vybavené nočnými stolíkmi a skriňou pre každého klienta.

Za veľmi vážne považujeme :

- *predimenzovanosť izieb, v časti kaštieľ (sedem až osem detí na izbe),*
- *absencia priestorov pre výchovnú činnosť, stravovanie a bývanie v časti kaštieľ,*
- *absencia výchovných aktivít a odbornej výchovnej činnosti na oddeleniach v kaštieli,*
- *nevhodné podmienky stravovania v časti kaštieľ (tri deti nesedeli za stolom a čakali na lavičke na kŕmenie),*
- *absencia celkového odborného, tímového či individuálneho prístupu ku klientom s ťažkým mentálnym postihnutím.*⁸⁸

Po realizovaní týchto monitoringov absolvoval manažment zariadení BBSK 200-hodinové akreditované vzdelávanie, ktorého sa zúčastnilo 150 pracovníkov BBSK a samotných zariadení. Výstupom týchto vzdelávaní bola príprava konkrétnych transformačných projektov. Druhej fáze projektu predchádzal výber troch zariadení, ktoré mali perspektívne transformačné projekty. RPSP spoločne s BBSK vybrala tieto zariadenia: **DSS Slatinka, DSS Pohorelská Maša a DSS Neporadza**. Vo vybraných zariadeniach sa následne realizovala ďalšia podpora procesu transformácie a deinštitucionalizácie, ktorou bolo 180-hodinové akreditované vzdelávanie pre všetkých pracovníkov týchto troch inštitúcií (celkovo viac ako 200 zamestnancov). Okrem toho bola realizovaná podpora pri príprave a implementácii

88 Monitorovacia správa – Domov sociálnych služieb Slatinka. 2005. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

viac ako 100 individuálnych plánov pre ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí žili v týchto inštitúciách, so zameraním na podporu samostatného života a pracovného uplatnenia. Poslednú fázu projektu tvorila diseminácia vrátane medzinárodnej konferencie a študijných ciest pre zamestnancov BBSK a vybraných zariadení do Českej republiky a Nemecka, kde mohli vidieť a zažiť príklady dobrej praxe poskytovania komunitných služieb.

Napriek tomu, že samotný projekt nemohol v rámci svojich možností realizovať aj investičné zmeny, priniesol veľa nových skúseností v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. Jeho výsledky ukázali, že základný proces transformácie a deinštitucionalizácie je hlavne procesom zmeny vnímania ľudí so zdravotným postihnutím a zmeny postojev. Preto, aby sa takáto zmena mohla udiť, je dôležité poskytnúť nielen zamestnancom, ale aj prijímateľom sociálnych služieb nevyhnutnú podporu, prípravu a vzdelávanie. Kým pred začiatkom realizácie vzdelávaní a podporných aktivít bolo 60 % pracovníkov presvedčených o nevyhnutnosti udržať inštitucionálny spôsob poskytovania sociálnych služieb, tak po ukončení tohto projektu 54 % pracovníkov zariadení sociálnych služieb zastávalo názor, že je nevyhnutné skvalitňovať sociálne služby a meniť ich smerom k sociálnej a pracovnej integrácii občanov so zdravotným postihnutím. Zároveň záverečná analýza projektu ukázala, že je nevyhnutné realizovať organizačné zmeny pre zvýšenie efektívnosti riadenia sociálnych služieb, zvyšovanie aktivity pracovníkov pri podpore pracovnej a sociálnej integrácie. No tiež sa ukázali aj veľmi rizikové faktory. Nedostatočná politická podpora na regionálnej úrovni, ktorá viedla k personálnym zmenám v manažmente sociálnych služieb. Následkom týchto zmien z procesu transformácie a deinštitucionalizácie v BBSK vypadlo zariadenie DSS Neoporadza. Tiež sa ukázala nevyhnutná potreba systémovej podpory zo strany zriaďovateľa, ale aj štátu v oblasti dlhodobej udržateľnosti, podpory a kontinuity deinštitucionalizácie, ktorá je niekoľkoročným procesom. Tieto rizikové faktory sa až do súčasnosti podarilo prekonať len DSS Slatinka, ktorá v rokoch 2008 až 2012 opustila pôvodný objekt kaštieľa, kde poskytovala služby. DSS Slatinka naďalej dostávala neformálnu podporu zo strany RPSP a podarilo sa jej vytvoriť nové formy služieb v komunite, ale ešte stále proces deinštitucionalizácie nedokončila napriek tomu, že patrí k lídrom v tejto oblasti medzi zariadeniami sociálnych služieb. Túto zmenu uvažovania a myslenia už môžeme sledovať aj v Konceptii rozvoja sociálnych služieb DSS Slatinka, ktorá bola vypracovaná v roku 2007. V porovnaní s víziou z roku 2005, kde okrem iného chcelo zariadenie budovať podkrovie kaštieľa, sa presúvajú ciele k transformácii a deinštitucionalizácii zariadenia. Pre porovnanie s uvedenou monitorovacou správou z roku 2005 uvádzame výber z koncepcie DSS Slatinka:

„Začať proces transformácie zariadenia so zreteľom na právne, kvalitatívne a ekonomické dôvody a príčiny premeny zmeny pasívnej formy poskytovaných sociálnych služieb internátno–azylového typu, ktoré izolujú klientov zariadenia na podporné, aktivizačné služby a mobilizáciu potenciálu klientov v prospech ich začlenenia do prirodzených štruktúr spoločnosti. Vytvoriť a pre klientov domova a regiónu ponúknuť služby, ktoré budú vychádzať z individuálnej potreby klientov: chránené bývanie, podporované bývanie, odľahčovacie služby či denný stacionár. Systematické vzdelávanie, profesionálna príprava zamestnancov a podpora tímovej práce v prospech aktivizácie vnútorného potenciálu klientov, zmena zdravotníckeho prístupu ku klientovi na holistický model – multidisciplinárny prístup ku klientovi. Zmena financovania – multizdrojové financovanie – príspevok BBSK, donori, granty, vlastná ekonomická činnosť, príjmy z úhrad klientov.

Čiastkové ciele krátkodobé:

- Sociálna integrácia klientov DSS.
- Zmena postojov zamestnancov.
- Zmena riadenia a personálnej stratégie DSS.
- Permanentné vzdelávanie zamestnancov.
- Spracovať vnútorné akty riadenia.
- Využívanie viaczdrojového financovania.
- Racionalizačné opatrenia.
- Aktivizácia vnútorného potenciálu klientov a prirodzených zdrojov ich prostredia.
- Pracovná integrácia klientov.
- Vzdelávanie klientov.
- Prevencia syndrómu NYMBY.
- Vybudovať sieť dobrovoľníkov, rodičov, príbuzných a priateľov.
- Zabezpečenie supervízie.⁸⁹

89 Kelemenová, A., Nincová, D., Jančovič M. – Konceptia rozvoja sociálnych služieb v Domove sociálnych služieb Slatinka, Lučenec. 2007.

Ako súčasť výstupov tohto projektu boli vydané viaceré publikácie či učebné texty: Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov a Rozvoj komunitných sociálnych služieb. Okrem nich vyšla aj prvá súborná publikácia o procese transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb: **Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov.**⁹⁰

Okrem tohto projektu patrili v tomto období medzi významné projekty, ktoré podporovali rozvoj komunitných sociálnych služieb, aj projekty **nadácie SOCIA: Zvyšujeme šance pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva spoluprácou obcí a neziskových organizácií**, kde bolo pripravených a podporovaných 85 sociálnych pracovníkov obce s cieľom podpory komunitnej starostlivosti. V oblasti transformácie a deinštitucionalizácie je potrebné spomenúť aj projekt **Agentúry podporovaného zamestnávania: Príklady dobrej praxe – podporujeme deinštitucionalizáciu v sociálnej oblasti**, ktorého výstupom bolo 10 videí o tom, ako sa osoby so zdravotným postihnutím prepracovali s podporou z DSS, po absolvovaní špeciálnej školy alebo z rodiny, na trh práce. Ako je možné vidieť, v rovnakom období sa na Slovensku presadzovali dva rozdielne prístupy v oblasti rozvoja sociálnych služieb. Mimovládne organizácie v spolupráci so samosprávou realizovali pilotné projekty deinštitucionalizácie a transformácie. No na druhej strane **MPSVR SR podporovalo cez svoj projekt humanizáciu a inštitucionalizáciu bez toho, aby zohľadnilo kvalitatívny aspekt poskytovania sociálnych služieb.**

V roku 2004 sa začala Slovenská republika pripravovať aj na **čerpanie z európskych štrukturálnych fondov v programovom období 2007 – 2013**. V tomto období sa európske štrukturálne fondy čerpali na základe Národného strategického referenčného rámca, ktorý stanovoval aj priority podpory. Z pohľadu novej implementácie transformácie a deinštitucionalizácie to boli predovšetkým strategické priority Infraštruktúra a regionálna dostupnosť, ktorej cieľom bolo zvýšenie hustoty vybavenia regiónov infraštruktúrou a zvýšenie efektívnosti s ňou súvisiacich služieb. Druhá priorita bola Ľudské zdroje, ktorá bola zameraná na zvýšenie zamestnanosti, rast kvality pracovnej sily pre potreby vedomostnej ekonomiky a zvýšenie sociálnej inklúzie rizikových skupín. Príprava na programové obdobie trvala od roku 2004 až do roku 2007 vzhľadom aj na výmenu vlády v roku 2006, ktorá

90 Publikácie je možné prečítať a stiahnuť si na webovej stránke RPSP - http://www.rpsp.sk/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=137

zmenila obsah dokumentu **Národného strategického referenčného rámca** (ďalej len NSRR) už predloženého Európskej komisii. Podpora prístupu k sociálnym službám a opatreniam sociálnoprávnej ochrany a kurately boli uvedené ako dôležité nástroje predchádzania a zmierňovania chudoby a sociálneho vylúčenia. Analytická časť NSRR už v tom období uvádzala, že sieť služieb a výkonu opatrení nie je dostatočná v ich dostupnosti, rôznorodosti či regionálnom rozložení. Ale ako nedostatok je v tejto analýze uvádzané aj to, že sociálne služby sú zamerané na tradičné typy služieb, ktoré nezodpovedajú novodobým poznatkom a potrebám predchádzaniu sociálneho vylúčenia a zabezpečovania kvality života, ale aj rozvoja ľudských zdrojov.⁹¹ Analýza ďalej upozorňovala aj na nepripravenosť samosprávy na plnenie nových kompetencií a jej potrebnú podporu, no zároveň aj na potrebu prípravy sa na zmeny v oblasti sociálnych služieb súvisiace s prípravou nového zákona o sociálnych službách. Napriek všetkým týmto analytickým výstupom bolo jediné zameranie v oblasti rozvoja sociálnych služieb orientované na zvýšenie kapacity o 7 200 miest, a to predovšetkým v Prešovskom, Žilinskom a Košickom kraji. Upozornenie, že sociálne služby sú zamerané na tradičné typy služieb, t. j. inštitucionálne sociálne služby a pobytové celoročné služby s inštitucionálnou kultúrou, nebolo vôbec pri príprave operačných programov zohľadnené. **Podpora infraštruktúry sa v programovom období 2007 – 2013 realizovala cez Regionálny operačný program.**⁹² V jeho pôvodnej verzii bol v rámci prioritnej osi 2 Infraštruktúra sociálnych služieb, sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately stanovený cieľ: Zvýšenie úrovne poskytovaných služieb v sociálnej oblasti. Navrhovaná alokácia na toto opatrenie bola v celkovom objeme **270 mil. eur**, čo bolo približne **16 % z celkovej alokácie ROP**. Podpora ROP mohla byť poskytnutá v rámci celej Slovenskej republiky, ale mimo Bratislavského kraja. V kontexte všeobecných výstupov analýzy NSRR boli v prvej verzii podporované nasledujúce aktivity:

- **Rekonštrukcia, rozširovanie a modernizácia existujúcich zariadení sociálnych služieb.**
- **Budovanie nových.**
- **Obstarávanie nového vybavenia vrátane IKT vybavenia zariadení v nadväznosti na ich rekonštrukciu, rozširovanie, modernizáciu a budovanie.**

91 Národný strategický referenčný rámec 2007 – 2013. MParV SR. Bratislava. 29. 6. 2007. s. 25. http://www.ropka.sk/download.php?FNAME=1205247367_I677.upl&ANAME=NSRR%202007-2013.zip&attachment=1

92 Regionálny operačný program. Verzia 1. Schválená 27. 09. 2007. http://www.ropka.sk/download.php?FNAME=1300713652.upl&ANAME=Regionalny_operacny_program_verzia_1_schvalena_24_9_2007.zip&attachment=1

Merateľné ukazovatele boli nastavené na rekonštrukciu, zmodernizovanie a rozširovanie 310 zariadení a vybudovanie 30 nových zariadení v rámci sociálnej infraštruktúry. Toto by nemuselo znamenať priamu podporu inštitucionálnej starostlivosti a tradičných typov sociálnych služieb, ale ROP spresňoval podporené aktivity cez tieto oprávnené intervencie:

- intervencie do stavebných objektov zamerané na odstránenie nevyhovujúceho stavebno-technického stavu, resp. budovanie nových objektov a obstarávanie ich vybavenia, vrátane IKT vybavenia,
- podpora aktivít na odstránenie nevyhovujúcich podmienok pre imobilných užívateľov a zníženie vysokej energetickej náročnosti prevádzky,
- podpora najmä zariadení typu domov dôchodcov, domovov sociálnych služieb pre dospelých, domovov sociálnych služieb pre deti (okrem detských domovov), zariadenia opatrovateľskej starostlivosti **s kapacitou od 50 klientov** pri dodržaní minimálnych plošných štandardov (**8 m² na osobu**),
- podpora zariadení, ktoré kombinujú viaceré typy a formy služieb, poskytujú služby viacerým cieľovým skupinám,
- podpora komunitných centier aj mimo pólov rastu v prípade zariadení zameraných na posilňovanie sociálnej inklúzie marginalizovaných rómskych komunití.

Napriek tomu, že oprávnené intervencie boli v súlade s východiskami ministerstva, čo sa týka stavu sociálnej infraštruktúry, tak v celom dokumente neboli uvedené ekonomické porovnania alebo výsledky, ktoré by jasne podporovali potrebu zvýšenia ekonomickej udržateľnosti veľkokapacitných sociálnych služieb. Pri dlhodobom pohľade na pomer medzi počtom obyvateľov a počtom miest v sociálnych službách je možné vidieť, že **kapacita miest sociálnych služieb je dlhodobo napĺňaná na úrovni cca 96 až 97 %** (pozri tabuľka č. 5), čo primárne nesvedčí o celkovom nedostatku pobytových sociálnych služieb, ale skôr o jeho nerovnomernom regionálnom rozložení a nedostatku alternatívnych komunitných služieb. No najviac zarážajúcim faktorom v rámci oprávnených intervencií v rámci prvej verzie ROP je podpora tradičných zariadení, ako sú domovy dôchodcov, domovy sociálnych služieb, ktoré na druhej strane boli uvádzané v NSRR ako nedostatok aktuálne poskytovanej sociálnej starostlivosti. Ešte viac zarážajúcim faktorom bolo to, že podpora mohla ísť len do veľkokapacitných sociálnych služieb s kapacitou od 50 klientov, čo sa nezmenilo ani v bezprostrednom období po prijatí zákona o sociálnych službách, ktorý preferoval terénne, ambulantné a nízkokapacitné pobytové služby s kapacitou do 40 miest. Z pohľadu

efektivity a kvality sociálnych služieb je možné vidieť riziko aj v tom, že sa priamo podporovali zariadenia, ktoré kombinovali viaceré typy a formy služieb pre viacero cieľových skupín. Poskytovanie pobytových služieb pre viaceré heterogénne skupiny klientov viedli a vedú k systémovému znižovaniu kvality poskytovanej sociálnej služby a zároveň k umocňovaniu inštitucionálnej kultúry. Dôsledok týchto procesov je možné vidieť aj v súčasnosti vo väčšine tradičných veľkokapacitných sociálnych službách, ktoré kombinovali domovy dôchodcov, domovy sociálnych služieb a iné druhy sociálnych služieb v jednom objekte. Ich výsledkom je, že sa vo veľkej miere využívajú paušalizované prístupy, ktoré vedú k porušovaniu ľudských práv, ale aj odborné činnosti a sociálna práca nie je poskytovaná na individuálnej úrovni tak, aby zohľadňovala potreby a želania klientov týchto služieb. Z hľadiska využívania odborných metód pri rôznorodých cieľových skupinách nie je možné dosiahnuť dostatočnú kvalitu sociálnej služby, ale ani kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb. V praxi sa ukazuje, že poskytovanie pobytových sociálnych služieb pre rôznorodé cieľové skupiny vedie často k sociálno-patologickým javom, ako je vzájomné zneužívanie, fyzické násilie a časté konflikty, diskriminácia osôb s najvyššou mierou potrebnej podpory a iné. Miera výskytu týchto sociálno-patologických javov sa zvyšuje spolu s veľkosťou a kapacitou zariadenia sociálnej služby.

Tabuľka č. 5. Pomer počtu miest a obyvateľov v zariadeniach sociálnej starostlivosti v rokoch 2000 – 2015.

Ústavné zariadenia sociálnych služieb k 31. 12 (každoročne).⁹³

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Počet miest v zariadeniach	29 871	30 385	30 707	31 349	32 397	32 663
Počet obyvateľov v zariadeniach	29 110	29 505	29 892	30 323	31 354	32 031

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
34152	34 675	35 501	36 259	37 238	35 938	36 773	42 146	42 127	45 406
33 278	33 568	34 692	34 527	35 389	35 869	36 606	41 622	39 645	42 888

93 Štatistický úrad Slovenskej republiky. Databáza Slovstat. 2016.

Ad-hoc komisia expertov a organizácií v oblasti zdravotného postihnutia pod záštitou Organizácie spojených národov vytvorila medzinárodný dokument Dohovor o právach občanov so zdravotným postihnutím, ktorý bol prijatý OSN 13. decembra 2006 a otvorený na podpísanie od 30. marca 2007. Slovenská republika Dohovor podpísala 26. septembra 2007. Tým prejavila prvotný záujem dodržiavať práva osôb so zdravotným postihnutím. V roku 2008 bol po dlhej príprave schválený NR SR nový zákon o sociálnych službách, ktorý vychádzal z ľudskoprávných princípov, ale v pôvodnom znení zásadne diskriminoval neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí boli prevažnými poskytovateľmi komunitných služieb a to tým, že otvorene a priamo uprednostňoval verejných poskytovateľov. Túto diskrimináciu zmenilo a napravilo až rozhodnutie Ústavného súdu SR. Z pohľadu transformácie a deinštitucionalizácie je významné, že boli jasne preferované terénne a ambulantné služby pred inštitucionálnymi a zariadenia s nižšou kapacitou ako 40 miest. Na problémy a nesúlad medzi zákonom o sociálnych službách a ROP upozorňovala už v roku 2008 aj nezávislá platforma SocioFórum, ktorá žiadala členov monitorovacieho výboru ROP o zmenu v tomto operačnom programe. Vo svojej žiadosti uvádza nasledovné: *„Aby bola súťaž o klienta spravodlivá, musí byť zabezpečený slobodný prístup všetkých poskytovateľov sociálnych služieb aj k využívaniu finančných prostriedkov EU vyčlenených pre podporu sociálnej infraštruktúry. Rovnako je dôležité, aby podmienky pre získanie nenávratných finančných príspevkov neboli v rozpore s vývojovými trendami v danej oblasti. Konštatujeme, že prijatím zákona o sociálnych službách práve k takémuto rozporu dochádza. V schválenom ROP, v časti Charakter oprávnených intervencií sa na str. 4 uvádza, že oprávnené intervencie sa môžu týkať „podpory zariadení najmä typu domovov dôchodcov, DSS pre dospelých, DSS pre deti, zariadení opatrovateľskej starostlivosti s kapacitou od 50 klientov, ...“.* **Národná rada SR schválila 30. októbra 2008 zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách**, ktorý v § 61 odsek 7 hovorí, že *„poskytovanie sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania, v zariadení pre seniorov, v zariadení opatrovateľskej starostlivosti, v rehabilitačnom stredisku, v domove sociálnych služieb, v špecializovanom zariadení a v dennom stacionári s kapacitou nižšou ako 40 miest má prednosť pred poskytovaním sociálnej služby v zariadení s vyššou kapacitou“.* Zákonodarca tak jednoznačne ustanovil žiaduci vývoj inštitucionálnej starostlivosti s orientáciou na nízkokapacitné zariadenia ako aj na nový typ služieb pre seniorov a osoby so zdravotným postihnutím, čo je v súlade s aktuálnym trendom deinštitucionalizácie sociálnych služieb v celej Európskej únii i vo svete. Navyše, stanovenie podmienky vyššej kapacity v ROP diskriminuje väčšinu neverejných poskytovateľov, ktorí poskytujú svoje služby v nízkokapacitných moderných zariadeniach. Na základe vyššie uvedeného žiadame,

aby sa v Regionálnom operačnom programe, v uvedenej časti Charakter oprávnených intervencií vo vzťahu k sociálnej infraštruktúre, zosúladiť text so zákonom platným od 1. 1. 2009, t. j. aby sa slová „s kapacitou od 50 klientov“ nahradili slovami „s kapacitou nižšou ako 40 klientov“, príp. vypustili. Rovnako je potrebné prispôbiť štruktúru zariadení podľa nových zákonných pravidiel. Naša žiadosť je naliehavá, pretože je plánovaná prvá výzva na podávanie žiadostí o podporu. Na podporu našej žiadosti uvádzame, že SocioFórum opakovane upozorňovalo Riadiaci orgán ROP – MVRR SR, že nie sú definované kvalifikované kritériá pre hodnotenie kvality služieb a požadovalo stanoviť zníženie kapacity ako jednu z podmienok príspevku. Stalo sa tak v Stanovisku účastníkov výročnej konferencie SocioFóra k aktuálnym otázkam sociálnej politiky (27. a 28. jún 2006, Liptovský Ján), ako aj v Stanovisku SocioFóra k využívaniu štrukturálnych fondov pre rozvoj sociálnej infraštruktúry (29. a 30. mája 2007 v Bratislave). Uvedomujeme si, že doteraz nebol vypracovaný a prijatý Národný program reformy sociálnych služieb. Nový zákon o sociálnych službách však jednoznačne ustanovuje princípy orientované na dostupnosť a kvalitu sociálnych služieb pre všetkých, ktorí ich potrebujú. Nemôžeme preto nechať bez povšimnutia, že prostriedky Európskeho spoločenstva majú podporovať a predlžovať životnosť neperspektívnych veľkokapacitných inštitúcií. Boli by sme radi, keby sa akceptovalo odporúčanie medzinárodného výskumného tímu o službách pre osoby so zdravotným postihnutím. Ten v štúdií Deinštitucionalizácia a komunitné bývanie – zisky a náklady, hovorí: „Medzinárodné orgány ako Svetová banka alebo Európska komisia by nemali dovoliť použitie ich financií na prestavbu inštitúcií alebo stavbu nových inštitúcií.“

Až do konca roku 2010 sa táto situácia aj napriek tomuto upozorneniu nezmenila a v rámci ROP bolo čerpaných takmer 200 mil. eur práve na podporu inštitucionalizácie v súlade s týmito rozporuplnými podmienkami. Viac o tom uvádzame v ďalšej kapitole.

V júli 2009 schválilo MPSVR SR Národné priority rozvoja sociálnych služieb, kde si stanovilo tri základné priority:

- Podpora zotrvania klienta v prirodzenom prostredí rozvojom terénnych sociálnych služieb.
- Rozvoj ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom.

- Zvýšenie kvality a humanizácia poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom rekonštrukcie, rozširovania, modernizácie a budovania zariadení sociálnych služieb.

V tomto dokumente MPSVR SR sa prvýkrát objavuje aj pojem deinštitucionalizácia, a to v kontexte priority rozvoja ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom, kde sa uvádza: *„Zámerom stanovenia tejto priority je postupná deinštitucionalizácia sociálnych služieb s prihliadnutím na potreby a schopnosti klienta, s cieľom poskytovať mu sociálne služby v jeho rodinnom alebo komunitnom prostredí. Poskytovanie ambulantných sociálnych služieb a sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom umožňuje rozvíjať rodinné a spoločenské vzťahy klienta a primerane jeho individuálnym schopnostiam a možnostiam aj jeho zaradenie sa do spoločenského a pracovného života.“*⁹⁴ Napriek optimisticky znejúcej národnej prioritě však merateľné ukazovatele nehovorili o transformácii alebo deinštitucionalizácii, iba o navýšení podielu zariadení s ambulantným a týždenným pobytom a zvýšeniu finančných prostriedkov pre neverejných poskytovateľov prevádzkujúcich tieto služby zo strany samosprávy. Ani aktivity podporujúce túto národnú prioritu nesmerovali priamo k procesu transformácie a deinštitucionalizácie, ale iba k čiastkovej podpore vytvárania komunitných služieb. Práve tretia národná priorita utvrďovala túto skutočnosť, lebo jej úlohou bola podpora zvyšovania kvality a humanizácie sociálnych služieb prostredníctvom rekonštrukcie, rozširovania, modernizácie a budovania zariadení sociálnych služieb. Táto priorita jasne hovorila o procese humanizácie existujúcich sociálnych služieb, čo sa odzrkadlilo aj v investičnej podpore ROP v tomto období. Žiaľ, MPSVR SR aj napriek náznaku podpory deinštitucionalizácie týmto materiálom nereagovalo na potrebu systémovej zmeny, ktorej príklady už prezentovali mimovládne organizácie. Išlo tu hlavne o podporu bezbariérovosti sociálnych služieb. No ako ukazujú odborné štúdie a publikácie, **humanizácia v konečnom dôsledku neznamena zvýšenie kvality života občanov so zdravotným postihnutím tak, aby boli dodržiavané ich ľudské práva v súlade s Dohovorom.** Cangár a Krupa (2015) tvrdia, že zabezpečenie dodržiavania podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby v kontexte Dohovoru a dodržiavania ľudských práv nie je možné, resp. má výrazné limity v inštitucionálnej starostlivosti.⁹⁵

94 Národné priority rozvoja sociálnych služieb. 2009. MPSVR SR. Bratislava.

95 Cangár, M., Krupa, S. (2015). Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie. IA MPSVR SR. Bratislava. ISBN: 978-80-89837-00-7.

Podobne aj Rollová (2015)⁹⁶ upozorňuje na rozdiely medzi bezbariérovosťou a univerzálnym navrhovaním, kde v konečnom dôsledku práve presadzovanie iba bezbariérovosti, hlavne pre ľudí s fyzickým postihnutím, vedie skôr k segregácii a diskriminácii a špeciálnym úpravám neúčelových objektov. Univerzálne navrhovanie však zohľadňuje princíp komplexnej prístupnosti, ktorá má viesť k inklúzii všetkých občanov. Vychádzajúc z týchto poznatkov môžeme konštatovať, že **Národné priority rozvoja sociálnych služieb z roku 2009 neboli ešte orientované na podporu transformácie a deinštitucionalizácie, napriek tomu im však nemožno poprieť snahu o zlepšovanie životných podmienok obyvateľov v zariadeniach.** Je otázne, či táto zmena systémovo efektívna posunula sociálne služby na Slovensku k moderným a na človeka orientovaným prístupom. Práve na úrovni Európskej únie už bolo možné sledovať zásadné zmeny v prístupe k inštitucionálnej starostlivosti. Vo **februári 2009** oslovil vtedajší **eurokomisár Vladimír Špidla viacerých nezávislých expertov, aby sa komplexne zaoberali problematikou inštitucionálnej starostlivosti v Európe. V septembri 2009 expertná skupina pod vedením Jana Pfeiffera zverejnila prelomovú Správu expertnej skupiny ad hoc o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.** Tento dokument vo všeobecnosti popísal situáciu inštitucionálnej starostlivosti v Európe a zdefinoval viaceré kľúčové problémy, výzvy a pojmy v oblasti prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Vychádzajúc z hľadiska ľudských práv, kvality života, nezávislého života a sociálneho začlenenia nedefinuje inštitúciu a inštitucionálnu starostlivosť cez kapacitu prijímateľov organizácie alebo iné kvantitatívne údaje, ale definuje inštitucionálnu kultúru, ktorá tieto organizácie charakterizuje. Inštitucionálna kultúra sa vyznačuje stratou individuality, stereotypným režimom, paušálnou liečbou a starostlivosťou, sociálnou vzdialenosťou, naučenou pasivitou a bezmocnosťou a inštitucionálnym paternalizmom. Inštitucionálna starostlivosť je v tejto správe definovaná ako každá rezidenčná starostlivosť, pri ktorej sú jej prijímatelia izolovaní od širšieho spoločenstva a/alebo nútení žiť spolu; nemajú dostatočnú kontrolu nad svojím životom a rozhodnutiami; požiadavky samotnej organizácie majú prednosť pred ich individuálnymi potrebami. **Správa expertnej skupiny uvádza zásadné dôvody deinštitucionalizácie, medzi ktoré patria materiálne a nemateriálne aspekty inštitucionálnej starostlivosti, porovnanie inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti, pomer medzi nákladmi a výsledkami inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti a ďalšie.**

96 Rollová L. et al. (2015) Tvorba inkluzívneho prostredia v procese deinštitucionalizácie. IA MPSVR SR, Bratislava. ISBN 978-80-9701100-5-5.

Autori správy ďalej poukazujú na kľúčové výzvy v procese prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Jedným z najvýznamnejších prvkov tejto správy je **10 spoločných zásad pre transformáciu a deinštitucionalizáciu: rešpektovanie práv používateľov a ich zapojenie do rozhodovacích procesov, prevencia inštitucionalizácie, vytvorenie komunitných služieb, zatvorenie inštitúcií, obmedzenie investícií do existujúcich inštitúcií, rozvoj ľudských zdrojov, efektívne využívanie zdrojov, hodnotenie a kontrola kvality, holistický prístup a nepretržité zvyšovanie informovanosti.** Záver tejto expertnej správy tvoria **konkrétne odporúčania pre členské štáty EÚ, ale aj pre Európsku komisiu.** Správa expertnej skupiny ad hoc o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť bola okrem Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím ďalším významným dokumentom, ktorý sa podieľal na tom, že **prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa stal jednou z priorít Európskej komisie a viacerých členských štátov v sociálnej a zdravotnej oblasti.** Jedným z výsledkov týchto zmien bolo aj vytvorenie **stálej Európskej expertnej skupiny pre deinštitucionalizáciu, ktorá je neformálnym poradným orgánom a partnerom Európskej komisie v tejto oblasti.** Práve jej aktivity viedli k tomu, že proces deinštitucionalizácie sa v Slovenskej republike stal súčasťou systémových zmien v oblasti sociálnych služieb.

Napriek aktivitám na Európskej úrovni, upozorneniam a odporúčaniam zo strany slovenských mimovládnych organizácií a skúsenostiam z prvých pilotných projektov transformácie a deinštitucionalizácie, sa tieto skutočnosti nezohľadnili pri podpore sociálnych služieb v rámci štrukturálnych fondov, a predovšetkým v ROP.

Sociálne služby v rokoch 2010 – 2015

Rok 2010 je z pohľadu procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť veľmi významným. V priebehu tohto roku sa udiali zásadné zmeny, ktoré ovplyvňujú ďalší systémový vývoj v sociálnej oblasti v Slovenskej republike. **Národná rada Slovenskej republiky (ďalej len NR SR) vyslovila s Dohovorom súhlas uznesením č. 2048 z 9. marca 2010.** Zároveň NR SR rozhodla, že Dohovor je medzinárodnou zmluvou, ktorá má podľa čl. 7. ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky prednosť pred zákonmi. Následne dňa 28. apríla 2010 bol Dohovor ratifikovaný prezidentom Slovenskej republiky a jeho ratifikačná listina bola 26. mája 2010 uložená v depozitári generálneho tajomníka Organizácie Spojených Národov. Dohovor pre Slovenskú republiku **nadobudol platnosť dňa 25. júna 2010.** **Vďaka tejto skutočnosti sa proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v oblasti sociálnych služieb mohol presunúť aj na systémovú úroveň.** Vo februári 2010 vláda Slovenskej republiky uložila ministerke práce, sociálnych vecí a rodiny povinnosť zabezpečiť vykonávanie Dohovoru a jeho opčného protokolu po nadobudnutí platnosti pre Slovenskú republiku. Jednou z hlavných úloh bolo vytvorenie hlavného kontaktného miesta pre Dohovor, ktoré malo byť nadrezortným orgánom. **Hlavné kontaktné miesto pre Dohovor bolo (po viacerých zamietnutých možnostiach) vytvorené v rámci organizačnej štruktúry MPSVR SR, kde aj v súčasnosti sídli.** Zároveň sú na každom rezortnom ministerstve sekundárne kontaktné miesta pre Dohovor. Proces tvorby trval takmer tri roky a až vo februári 2013 bol schválený návrh na zriadenie hlavného kontaktného miesta pre problematiku vykonávania Dohovoru. **Od 15. marca 2013 funguje hlavné kontaktné miesto pre problematiku vykonávania Dohovoru v rámci odboru integrácie osôb so zdravotným postihnutím MPSVR SR.** Viac informácií o činnosti hlavného kontaktného miesta je možné nájsť na webovom sídle MPSVR SR.⁹⁷ Praktické skúsenosti so sekundárnymi kontaktnými miestami nie sú pozitívne, mnohé rezorty ani nevedia, že majú zodpovednosť a úlohy vyplývajúce z plnenia jednotlivých článkov Dohovoru a osobitne nie sú na mnohých z nich ani určení zodpovední zamestnanci.

97 <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/>

Ratifikácia Dohovoru v roku 2010 viedla k väčšiemu aktivizovaniu sa medzinárodných, ale aj slovenských organizácií, ktoré sa dlhodobo snažia presadzovať prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. **V nadväznosti na správu expertnej skupiny ad-hoc o transformácii inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť⁹⁸ sa začal meniť aj postoj Európskej komisie k využívaniu európskych štrukturálnych fondov v oblasti sociálnej inklúzie.** Prvé upozornenia a zmeny v rámci Regionálnemu operačnému programu sa začali diať v roku 2010, keď Ministerstvo výstavy a regionálneho rozvoja SR iniciovalo **revíziu operačného programu** vychádzajúcu z výsledkov priebežnej implementácie a analýzy. Revízia sa udiala predovšetkým z dôvodu nových priorít: Európske hlavné mesto kultúry Košice a odstraňovaniu následkov povodní, ale tiež s vykonávaním niektorých oblastí podpory IROP, predovšetkým problémom nadkontrahovania projektov v rámci ROP. V apríli 2010 bola vypracovaná správa o pravidelnom hodnotení doterajšej realizácie ROP, kde sa okrem iného konštatuje: *„Pobytová forma sociálnej služby v zariadení sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie, táto služba sa poskytuje ako celoročná sociálna služba alebo týždenná sociálna služba. Poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, sa prednostne realizuje v zariadeniach s kapacitou nižšou ako 40 miest. Stratégia ROP definuje v záujme zabezpečenia udržateľnosti ekonomickej prevádzky zariadení aj veľkostné požiadavky na zariadenia sociálnych služieb (prioritne zariadenia s viac ako 50 klientmi). Zavedením novej legislatívnej úpravy dochádza pri niektorých typoch zariadení k nesúladu stratégie ROP so smerovaním legislatívy na národnej úrovni. Nakoľko do procesu hodnotenia žiadostí nepriamo vstupuje aj MPSVaR SR ako gestor národnej legislatívy (potvrdením, že navrhovaný projekt je v súlade s národnou legislatívou – povinná príloha žiadosti o NFP), môže mať tento čiastočný nesúlad vplyv na dopyt po intervenciách. **Odporúčame pristúpiť k revízii operačného programu v súlade s nariadením Rady (ES) č. 1083/2006 o Európskom fonde regionálneho rozvoja, Európskom sociálnom fonde a Kohéznom fonde článok 33 odsek 1, písmeno b) hlavné zmeny v národných, regionálnych a miestnych prioritách.**“⁹⁹* V podstate išlo presne o skutočnosti, na ktoré už koncom roku 2008 upozorňovalo SocioFórum vo svojom liste pre členov monitorovacieho výboru ROP. Neskôr tento text správy z apríla 2010 prevzala

98 Správa expertnej skupiny ad-hoc o transformácii inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť. http://www.zdomovadomov.sk/wp-content/uploads/2013/08/ad-hoc-DL_svk.pdf

99 http://www.ropka.sk/download.php?FNAME=1281956952.upl&ANAME=Spr%C3%A1va+z+Pravideln%C3%A9ho+hodnotenia+ROP_apr%C3%ADL2010.pdf

aj Analýza dôvodov revízie Regionálneho operačného programu, vrátane návrhu konkrétneho riešenia revízie a vplyvu na stratégiu programu.¹⁰⁰ Tento dokument už začínal upozorňovať na potrebu systémovej podpory deinštitucionalizácie: „Analýza ROP vypracovaná v rokoch 2006 až 2007 a súčasná situácia (r. 2010) zhodne potvrdzujú, že dopyt po službách pre seniorov bude v budúcich rokoch narastať. Zmena legislatívneho prostredia v SR z roku 2008 však vytvára podmienky pre rozvoj iných druhov sociálnych služieb, ktorých podpora nie je v úplnom súlade s pôvodne nastaveným obsahom stratégie ROP. Súčasný smerovanie sa orientuje na znižovanie počtu klientov v zariadeniach a smeruje tiež k deinštitucionalizácii zariadení. Uvedené trendy sú identifikované aj pri formulovaní nových strategických pozícií na úrovni Európskeho spoločenstva (AD HOC EXPERT GROUP DEINSTITUTIONALISATION September 2009, ECCL-Structural Funds Report-final-WEB, March 2010). Po roku 2012 nebudú môcť v zmysle novej legislatívy SR existovať „velkokapacitné“ zariadenia pre detských klientov (len rodinný typ zariadení). Uvedená skutočnosť nekorešponduje s požiadavkami na ekonomickú udržateľnosť podporovaných zariadení, ktorá je do veľkej miery podmienená aj minimálnou veľkosťou zariadenia.“ Napriek tomuto konštatovaniu autori analýzy nereflektujú tieto skutočnosti a v záverečnom hodnotení danej investičnej priority navrhujú ďalej budovať nové zariadenia sociálnych služieb.

Ako je uvedené v štúdiu organizácie INESS – Monitoring čerpania štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti v období 2007 – 2011,¹⁰¹ **ku koncu septembra 2010 bolo v rámci ROP v oblasti sociálnych služieb schválených 136 žiadostí, na ktoré bolo viazaných 209 mil. eur z celkovej alokácie na sociálne služby vo výške cca 234 mil. Takmer polovica zo schválených zdrojov bola na výstavbu nových veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb s kapacitou nad 50 miest. INESS upozorňuje aj na to, že ku koncu septembra boli schválené žiadosti o projekty na úrovni 101 % celkovej alokácie, čo znamená, že k nadkontrahovaniu alokácie došlo bez predchádzajúcej alokácie zdrojov. Reakcia na zmeny na Európskej úrovni sa nezohľadnila a práve v rámci ROP vznikol návrh na novú alokáciu pre budovanie nových komunitných služieb vo výške cca 119 mil. eur. Návrh revízie ROP bol zaslaný koncom októbra 2010 Európskej komisii, ktorá ho posudzovala do februára 2011**

100 <http://www.ropka.sk/download.php?FNAME=1288699549.upl&ANAME=Final+rev%C3%ADzia+ROP+EUFC+oktober+2010.pdf>

101 Ďurana R. et al. (2013). Monitoring čerpania štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti v období 2007 – 2011. INESS. Bratislava. ISBN: 978-80-969765-1-5.

a vzniesla požiadavky na revíziu v oblasti sociálnej infraštruktúry smerom k transformácii a deinštitucionalizácii. Na potreby týchto zmien naďalej upozorňovali aj odborníci v oblasti sociálnych služieb, kde **Slavomír Krupa hovoril o siedmich základných dôvodoch potreby deinštitucionalizácie:** „**Prvý dôvod:** doteraz nemáme zriadený a zavedený systém (sieť) centier včasnej vývinovej intervencie a funkčnej vývinovej terapie, rehabilitácie pre deti s postihnutím a sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike. Uvedený stav je jednou z vážnych príčin poskytovania nízkej sociálnej a psychickej podpory rodičom a ich deťom s postihnutím, ktorá je v období (1 – 3 roku života) najúčinnějšía. Absencia včasnej zdravotnej a multidisciplinárnej starostlivosti spôsobuje vážne dôsledky v osobnom živote ľudí s postihnutím, v systéme vzdelávania a v systéme sociálnej podpory a služieb pre osoby s postihnutím.

Druhý dôvod: verejná mienka a primerane k nej reálne uplatňovaná sociálna politika štátu považuje umiestňovanie postihnutých detí, občanov do pobytových domovov sociálnych služieb za primerané a adekvátne riešenie problémovej situácie rodín a ich postihnutých členov. Uvedený trend je paradoxne v rozpore s národnými prioritami v oblasti sociálnych služieb, ktoré deklarujú podporu zotrvania klienta v prirodzenom prostredí rozvojom terénnych sociálnych služieb, rozvojom ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom. Dôvodom stanovenia tejto priority je skutočnosť, že terénne sociálne služby sú podľa dostupných štatistických údajov nedostatočne rozvinuté a na celom území Slovenska ide o sociálne služby, ktoré sú nedostatkové alebo úplne chýbajú. Ten istý významný dokument ale podporuje zvýšenie kvality a humanizácie poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom rekonštrukcie, rozširovania, modernizácie a budovania zariadení sociálnych služieb. Medzi prioritami vlády v poskytovaní sociálnych služieb nie je transformácia pobytových služieb v zariadeniach, ale ich rekonštrukcia, rozširovanie, ... Hoci uvedené finančné prostriedky by boli potrebné investície pre transformáciu domovov sociálnych služieb.

Tretí dôvod: napriek právnym dokumentom medzinárodného významu a právnej sily ako je Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (schválený OSN v r. 2007), ktoré vyžadujú začleňujúci (integrovací) vzdelávací systém, naše právne normy (Školský zákon č. 245/2008), nie je s uvedeným „dohovorom“ v súlade. Zákon síce vytvára možnosti pre integráciu zdravotne postihnutých občanov do základných a stredných škôl, ale nezabezpečuje, aby žiaci so zdravotným postihnutím neboli vylúčení zo všeobecného systému vzdelávania.

Štvrtý dôvod: deti a mladiství s mentálnym postihnutím, ktorí sú umiestnení v pobytových domovoch sociálnych služieb, nemajú prakticky žiadnu možnosť pre sociálnu integráciu a ostávajú celý život ich obyvateľmi. Deti a mladiství s postihnutím, ktorých rodičia súhlasili s umiestnením v ambulantnej forme sociálnych služieb alebo týždennej pobytovej forme sociálnych služieb, sa z dôvodu starnutia rodičov v dospelosti stávajú obyvateľmi pobytových sociálnych služieb až do konca života. Takýto osud majú tiež mnohí zdravotne postihnutí občania. Deti a mladiství s postihnutím umiestnení do detských domovov po dovŕšení 18. roku života nemajú často inú alternatívu ako život v domove sociálnych služieb. Okrem podporovaného bývania nebol žiadny podobný právny inštitút, ktorý by umožnil odchod postihnutých detí z domovov sociálnych služieb za posledných dvadsať rokov prijatý.

Piaty dôvod: popri dôvodoch, ktoré vedú k rozhodnutiu súdu o umiestnení intaktných zdravých i postihnutých detí z dysfunkčných rodín do troch rokov do detských domovov, je špecifickým dôvodom umiestňovania detí v detských domovoch a v domovoch sociálnych služieb nezvládnutie náročnej situácie pri narodení postihnutého dieťaťa zo strany rodičov z dôvodu ich nedostatočnej sociálnej podpory. Krízová situácia, ktorej príčinou je narodenie postihnutého dieťaťa, je sprevádzaná vysokou psychickou, emocionálnou a fyzickou záťažou, frustráciou a stresom, ktorý vedie k zníženiu sociálnej funkčnosti rodiny, k rozvodom partnerov alebo odmietnutiu jedného z partnerov podieľať sa na starostlivosti o postihnuté dieťa a konečne tiež k rozhodnutiu umiestniť svoje deti v pobytovom domove sociálnych služieb. Súčasné sociálne nástroje, napr. odbremeňovacia služba, nepriniesla z hľadiska zníženia záťaže rodiny zatiaľ očakávané zmeny.

Šiesty dôvod: občania s postihnutím sa len ťažko presadzujú a nachádzajú zamestnanie na voľnom pracovnom trhu. Situácia je o to ťažšia, o čo vyššia je celková nezamestnanosť v danom regióne. Preto namiesto aktívnej pracovnej integrácie občanov s postihnutím zotráva štát pri pasívnych formách sociálneho zabezpečenia.

Siedmy dôvod: doteraz sa mimovládny organizáciám, ktoré sa zaoberajú transformáciou pobytových tradičných zariadení sociálnych služieb, nepodarilo prezentovať sociálne problémy postihnutých ľudí pred verejnosťou s takým efektom a pozitívnymi dôsledkami, ktoré by viedli k zásadnej zmene situácie.“¹⁰²

102 Krupa, S. 2011. Algoritmus poskytovania sociálnych služieb a transformácia pobytových zariadení sociálnych služieb na Slovensku.

V tomto období sa na slovenské mimovládne organizácie, predovšetkým na ZPMP v SR, obrátil Jan Pfeiffer, ktorý ako predseda Európskej expertnej skupiny pre deinštitucionalizáciu asistoval DG Regio a DG EMPL pri posudzovaní návrhov jednotlivých krajín. Jan Pfeiffer vypracoval pre Európsku komisiu krátku správu o stave poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie, kde sa primárne opieral o aktivity realizované mimovládnymi organizáciami RPSP, nadácie SOCIA, Agentúry podporovaného zamestnávania a ich pilotnými projektami deinštitucionalizácie a transformácie. Hovorí aj o nedostatkoch inštitucionálnej starostlivosti v SR. **Intenzívne sa riešeniu tejto situácie začala venovať aj Helena Woleková z nadácie SOCIA**, poradkyňa vtedajšej premiérky Ivety Radičovej. Zamietnutie revízie ROP zo strany Európskej komisie a aj požiadavku podpory deinštitucionalizácie začalo riešiť aj MPSVR SR, ktoré prejavilo záujem o stretnutie a spoluprácu s Janom Pfeifferom, ale aj mimovládnymi organizáciami, ktoré pôsobili v oblasti deinštitucionalizácie dlhé roky a mali s ňou skúsenosti. Dňa 18. februára 2011 sa uskutočnilo prvé pracovné stretnutie na MPSVR SR s cieľom riešenia ďalšieho postupu v podpore deinštitucionalizácie sociálnych služieb, kde boli zástupcovia z EEG, MPSVR SR, mimovládnych organizácií a samosprávnych krajov. Práve na tomto stretnutí padol návrh na vypracovanie národného akčného plánu deinštitucionalizácie a pilotných projektov deinštitucionalizácie, ale aj odporúčania na vytvorenie pracovného úväzku na MPSVR SR pre potreby naštartovania procesu deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. V tomto období vznikla na základe aktívnej podpory štátnej tajomníčky **Lucie Nicholsonovej**, pri MPSVR SR pracovná skupina, ktorá mala na starosti systémovú prípravu procesu transformácie sociálnych služieb, v ktorej boli zastúpení aj dlhoroční slovenskí odborníci na túto tému: **Helena Woleková, Slavomír Krupa, Viera Záhorcová a ďalší**. Podkladom pre tieto zmeny bola Krátka správa o stave deinštitucionalizácie na Slovensku, ale aj dokument: Projektový zámer deinštitucionalizácie sociálnych služieb v SR s využitím štrukturálnych fondov EÚ, ktoré pre MPSVR SR vypracovali mimovládne organizácie. Tieto sa veľmi aktívne chopili šance podporiť systémové zmeny v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. V rámci veľmi intenzívnej a produktívnej spolupráce medzi mimovládnymi organizáciami a MPSVR SR bolo hneď na začiatku odporúčané úzke previazanie medzi mäkkou podporou zo zdrojov ESF a investičnými zdrojmi ERDF. V apríli 2010 vytvorilo MPSVR SR miesto pre jedného pracovníka, ktorý sa venoval len príprave procesu deinštitucionalizácie a neskôr sa uskutočnili personálne zmeny vo vedení sekcie sociálnej a rodinnej politiky, kde sa stala generálnou riaditeľkou **Mária Nádaždyová**, ktorá intenzívne podporovala proces transformácie a deinštitucionalizácie. **Vecnú gesciu nad**

aktivitami MPSVR SR v oblasti deinštitucionalizácie sociálnych služieb prevzal odbor sociálnych služieb pod vedením Lýdie Brichtovej.

Na základe týchto udalostí začalo MPSVR SR pripravovať podmienky revízie ROP, kde stále existovala alokácia cca 40 mil. eur, ktoré už nové vedenie MPSVR SR chcelo investovať práve do naštartovania podpory deinštitucionalizácie. Výsledkom bola **prepracovaná verzia ROP**, ktorá upozorňovala predovšetkým na kvalitatívne nedostatky existujúcej sociálnej infraštruktúry a zohľadňovala princípy deinštitucionalizácie, nevytvárania podmienok pre ďalšiu podporu stredných až veľkokapacitných pobytových zariadení internátneho typu a podporu rozvoja komunitných centier. V rámci ROP sa nastavili len dve možné aktivity: **pilotné projekty deinštitucionalizácie existujúcich zariadení sociálnych služieb a zariadení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately a podpora budovania komunitných centier pre marginalizované skupiny obyvateľov**. Zároveň sa hneď od začiatku začala riešiť aj **synergia s Operačným programom Zamestnanosť a sociálna inklúzia**, kde sa mala zabezpečiť nevyhnutná podpora zariadení sociálnych služieb, ktoré pôjdu do procesu deinštitucionalizácie. MPSVR SR, kde boli vytvorené personálne podmienky pre podporu deinštitucionalizácie, začalo pripravovať **Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR, Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a aj národný projekt podpory deinštitucionalizácie**, ktorý mal byť realizovaný v OP ZaSI. Začala aj veľmi intenzívna spolupráca so samosprávnymi krajinami a hľadaním vhodných zariadení, ktoré by mohli byť začlenené do procesu deinštitucionalizácie. Na začiatku sa do tohto procesu zapájali všetky samosprávne kraje a predpokladalo sa zapojenie 16 až 20 zariadení sociálnych služieb do pilotného projektu. MPSVR SR vytvorilo širokú pracovnú skupinu na prípravu strategických dokumentov. Základným dokumentom podporujúcim prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť na systémovej úrovni sa stala **Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti** (ďalej len **Stratégia DI**), ktorá bola **schválená vládou SR 30. novembra 2011**. **Stratégia DI predstavuje primárne deklaratórny dokument, ktorým sa Slovenská republika hlási k procesom prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť**. Stratégia DI vychádza a je v súlade s Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a osobitne s článkom č. 19 – Nezávislý život a začlenenie do spoločnosti. Hlavným zámerom a cieľom Stratégie DI v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb

vo verejnom záujme, ktoré im umožnia slobodný a nezávislý spôsob života s podporou komunity, odborníkov, členov rodiny, dobrovoľníkov, prechodom z prevažne inštitucionálneho spôsobu poskytovania sociálnych služieb na komunitnú starostlivosť a rozširovaním alternatívnych možností uspokojovania potrieb detí, ktoré boli odňaté zo starostlivosti rodičov. V tomto dokumente sa uvádzali zásadné dôvody pre realizovanie procesu transformácie a deinštitucionalizácie: „Medzi základné dôvody transformácie a deinštitucionalizácie môžeme na Slovensku zaradiť (podobne ako v iných krajinách EÚ):

1. Slovenská republika sa zaviazala chrániť, rešpektovať a plniť ľudské práva a základné slobody a ratifikovala Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, Dohovor OSN o právach dieťaťa, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Európsku sociálnu chartu a ďalšie dokumenty, ktorých uplatňovanie nie je, alebo je len ťažko možné realizovať v podmienkach inštitucionálne zameraných sociálnych služieb.
2. Osoby so zdravotným postihnutím nepotrebujú žiť v inštitúciách bez ohľadu na to, ako závažné je ich zdravotné postihnutie. Nezávislý život vedie k väčšej samostatnosti a osobnostnému rozvoju jednotlivca za predpokladu, že sú k dispozícii potrebné sociálne služby.
3. Život osôb so zdravotným postihnutím v bežnej spoločnosti, integrácia a inklúzia prináša tiež výrazne pozitívny vplyv na majoritnú spoločnosť v etickej i komunikačnej oblasti. Z dlhodobej perspektívy je navyše ekonomicky výhodnejší ako život v inštitúcii.
4. Osoby so zdravotným postihnutím sú členmi spoločnosti a majú právo ostať vo vnútri svojej vlastnej komunity v danom mieste a mali by dostávať potrebnú podporu v rámci bežnej štruktúry vzdelávacích, zdravotných, pracovných a sociálnych služieb. Rodiny s členom so zdravotným postihnutím by mali dostať takú podporu, aby títo členovia mohli ostať žiť doma alebo v komunite.
5. Pokiaľ je to možné, deti majú vyrastať s vlastnými rodičmi v rodinách, t. j. v prirodzenom prostredí pre ich vývin a uspokojovanie potrieb. V prípade, keď rodičia nie sú schopní plniť svoje rodičovské práva a povinnosti ani za podpory rôznych služieb a opatrení, je potrebné dieťaťu zabezpečiť adekvátne náhradné rodinné prostredie.

6. *Umiestnenie dieťaťa v zariadení na výkon rozhodnutia súdu musí byť krajným, výnimočným a dočasným riešením a zároveň náhradné rodinné prostredie a náhradné inštitucionálne riešenie musí favorizovať, pokiaľ to nie je vylúčené, vzťahy s biologickou rodinou. Nepriaznivé účinky inštitucionálnej starostlivosti s kolektívnym prístupom, sú podrobne popísané v odbornej literatúre a dokázané relevantnými výskumami.*
7. *Samotný život v inštitúcii s kolektívnym systémom vytvára nové hendikepy, ktoré človeka poznamenávajú na celý život (napr. narušenie citového a sociálneho vývoja človeka, vytvorenie naučenej pasivity, bezmocnosť, závislosť či sociálna deprivácia).*
8. *Život v nekoedukovaných a nepodnetných zariadeniach s kolektívnym systémom s nedostatkom osobného súkromia a samostatnosti vedie k narušeniu osobnej integrity človeka a zdravého rozvoja jeho citového života.*
9. *Štruktúra práce personálu v inštitúciách je zameraná viac na jednotlivé pracovné úkony a rutinu , komunitné služby pracujú komplexne na napĺňaní individuálnych potrieb klientov.*
10. *Komunitné služby s využitím výhody znalosti prostredia majú vyšší potenciál mobilizovať miestne a regionálne technické i ľudské zdroje na kvalitné poskytovanie služieb.*
10. *Deti a ich rodičia, osoby so zdravotným postihnutím či seniori majú mať prístup k životným podmienkam a každodenným činnostiam, ktoré sú rovnaké ako tie, v ktorých žije ostatná populácia.“¹⁰³*

Takto jasne pomenované dôvody pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť neboli doposiaľ v žiadnom vládnom dokumente. Práve toto jasné pomenovanie dôvodov tvorilo východisko a základ pre celkovú zmenu vnímania potreby transformácie a deinštitucionalizácie na systémovej úrovni. Z pozície MPSVR SR sa začal vnímať jasný rozdiel medzi podporou humanizácie a inštitucionálnej starostlivosti na jednej strane a podporou deinštitucionalizácie a rozvoja komunitných služieb na strane druhej. Dokument jasne určil, čo by malo byť cieľom týchto systémových zmien v oblasti sociálnych služieb

103 Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

a náhradnej starostlivosti. Ambíciou dokumentu bolo okrem zadefinovania základného zámeru a dôvodov pre potrebu realizovania transformácie aj definovanie dlhodobých cieľov tohto procesu, a to predovšetkým zabezpečenia dostupnosti komunitných služieb a opatrení vykonávaných na úrovni komunity, čiže podpory bežného života pre všetkých občanov, vrátane občanov so zdravotným postihnutím. Ďalej bolo dlhodobým cieľom podporiť individuálny prístup pre prijímateľov sociálnych služieb v pobytových zariadeniach tak, aby sa zabezpečila ich podpora pre život v komunite. Konečným cieľom transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike by malo byť ukončenie poskytovania v pôvodných inštitucionálnych zariadeniach a vytvorenie komplexu komunitných služieb. V Stratégii DI bolo navrhnutých šesť konkrétnych opatrení, ktoré si Slovenská republika dávala za úlohu v oblasti deinštitucionalizácie: vytvorenie právnych podmienok na podporu deinštitucionalizácie v sociálnych službách, príprava Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015, prehodnotenie aktuálnej Koncepcie zabezpečenia výkonu súdnych rozhodnutí a aktualizácia Koncepcie zabezpečenia výkonu súdnych rozhodnutí na roky 2012 – 2015 s výhľadom do roku 2020 (plán transformácie a deinštitucionalizácie ústavnej starostlivosti v detských domovoch), príprava Národného projektu podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti, príprava Národného projektu podpory deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti a zriadenie Výboru expertov pre deinštitucionalizáciu.

Takto spracovaný dokument bol veľmi ambicióznym a jeho schválenie vládou SR mu zabezpečilo dlhodobú životnosť. Spôsob, akým bol naformulovaný, a aké smerovanie nastavil, viedol k tomu, že bol uvedený aj ako príklad dobrej praxe národnej stratégie v rámci Spoločných európskych usmernení pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť¹⁰⁴ vypracovaných Európskou expertnou skupinou pre deinštitucionalizáciu. Stratégia DI posunula významne, aspoň na papieri, myslenie odborníkov na akademickej pôde, ale aj profesionálov poskytujúcich sociálne služby smerom k tomu, že **sa všeobecne akceptovala potreba systémovej zmeny v oblasti sociálnych služieb**. No na druhej strane, aj v kontexte jej päťročnej existencie, môžeme vidieť niektoré jej nedostatky, a to predovšetkým **absenciu jasného časového harmonogramu pre ukončenie poskytovania inštitucionálnej starostlivosti v SR**. Túto skutočnosť aj v súčasnosti využívajú štátni úradníci ako dôkaz toho,

104 http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovak-version_EDITED.pdf

že Slovensko chce realizovať proces transformácie a deinštitucionalizácie a má spracované tieto strategické dokumenty. Na druhej strane sa doposiaľ úplne netransformovalo žiadne zariadenie sociálnych služieb a implementácia procesu, s výnimkou aktivít realizovaných v Národnom projekte Podpory deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v rokoch 2014 – 2015, sa na systémovej úrovni takmer nedeje. Odborníci v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie upozorňujú na potrebu revidovania tohto dokumentu, no zo strany súčasného vedenia MPSVR SR (v decembri 2016) bolo uvedené, že sa s revíziou dokumentu v najbližšej dobe nepočíta.

Stratégia mala stanovených šesť konkrétnych opatrení, z ktorých sa štyri priamo dotýkali oblasti sociálnych služieb:

1. **Príprava Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť na roky 2012 – 2015.**
2. **Príprava Národného projektu podpory deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb.**
3. **Vytvorenie výboru expertov pre deinštitucionalizáciu.**
4. **Vytvorenie právnych podmienok na podporu deinštitucionalizácie a transformácie.**

Ako prvé opatrenie, ktoré sa začalo naplňovať, bolo vytvorenie **Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť na roky 2012 – 2015** (ďalej len NAP DI). Išlo o dokument MPSVR SR, ktorý jeho vedenie **schválilo 14. decembra 2011**. NAP DI už, na rozdiel od Stratégie DI, popisoval konkrétne kroky na najbližšie obdobie v oblasti deinštitucionalizácie. Odborníci, participujúci na jeho príprave, deklarovali potrebu komplexného a multirezortného prístupu využívajúceho zapojenie všetkých relevantných zložiek spoločnosti, ktoré na jednotlivých úrovniach formujú verejnú politiku. Praktickým cieľom bolo nastavenie aktivít, ktoré mali jasný časový rámec a rozpočet, čo malo byť doplnením vládou schválenej stratégie DI. **NAP popisoval predstavu realizácie systémovej deinštitucionalizácie v deviatich konkrétnych oblastiach jej podpory:**

1. **Riadenie procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb.**
2. **Projektová podpora deinštitucionalizácie služieb starostlivosti.**

3. Implementácia pilotných projektov (investičné zdroje z ERDF).
4. Financovanie pilotnej fázy deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb.
5. Monitoring, kontrola a zvyšovanie kvality v systéme sociálnych služieb.
6. Zmeny právnych predpisov a strategických dokumentov.
7. Rozvoj ľudských zdrojov.
8. Vytváranie komunitných služieb.
9. Prevencia inštitucionalizácie.

Vychádzajúc z toho, že proces transformácie a deinštitucionalizácie sa stal schválením Stratégie DI národnou a štátnou politikou v tejto oblasti, **tvorcovia NAP DI navrhli vytvorenie Národného centra DI**. Toto centrum malo mať primárne koordinačnú a metodickú úlohu v riadení procesov DI, podobne ako to bolo v Českej republike. Národné centrum DI malo vzniknúť ako súčasť Národného projektu podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti, ktorý by bol financovaný zo zdrojov OP ZaSI. Realizátorom tohto projektu malo byť Centrum vzdelávania MPSVR SR, ktoré ho malo realizovať v spolupráci s MPSVR SR a vybranými partnermi. Do projektu sa predpokladalo zapojenie 24 zariadení z celej SR, kde následne po monitoringu pripravenosti malo byť vybraných 16 zariadení (dva z každého samosprávneho kraja), ktoré by boli pripravované na proces DI a následne sa uchádzali o investičné prostriedky z ROP, kde na podporu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb bolo alokovaných 20 mil. eur. Alokácia Národného projektu podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti v OP ZaSI bola 1,05 mil. eur. Žiaľ, v nasledujúcom texte o realizovaní Národného projektu podpory deinštitucionalizácie bude viditeľné, že sa NAP DI nerealizoval tak, ako bol naplánovaný. Zaujímavé je aj to, že napriek zmenám, ktoré sa diali v oblasti praktickej implementácie podpory DI v SR, vedenie MPSVR SR, napriek upozorneniu vecného odboru sociálnych služieb, nepovažovalo za dôležité revidovať tento akčný plán až do roku 2016, čo viedlo k výrazným rozdielom medzi tým, čo SR v dokumente deklarovalo a čo naozaj realizovalo v praxi. Je potrebné tiež uviesť, že navrhovaný pôvodný partnerský model implementovania transformácie a deinštitucionalizácie a aj samotný dokument boli tiež uvádzané ako príklad dobrej praxe v už spomenutých Spoločných európskych usmerneniach pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a aj v dokumente Manuál o využívaní európskych fondov pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť,¹⁰⁵

105 http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/2013-10-18-Toolkit_Slovak-version_EDITED.pdf

vypracovanom Európskou expertnou skupinou pre deinštitucionalizáciu. Paradoxom je to, že napriek takto dobre spracovaným dokumentom, na ktoré sa Slovensko medzinárodne odvoláva v rámci plnenia záväzkov v dodržiavaní ľudských práv ľudí so zdravotným postihnutím, sa na Slovenku proces transformácie a deinštitucionalizácie nedeje tak, ako je to v nich uvedené. Práve naopak, zo strany MPSVR SR môžeme vidieť vytváranie mnohých prekážok. NAP DI bol v decembri 2016 aktualizovaný a jeho zmenu uvedieme v nasledujúcej kapitole.

V nadväznosti na úlohy stanovené v NAP DI vyhlásilo Centrum vzdelávania MPSVR SR v decembri 2011 verejnú súťaž na výber partnerov pre **Národný projekt podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti**. Výberová komisia, zložená zo zástupcov MPSVR SR, samosprávy a člena Európskej expertnej skupiny pre DI, vybrala pre realizáciu projektu štyroch partnerov: pre oblasť koordinácie a diseminácie to bola SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien, pre oblasť podpory sociálnych služieb – Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, pre oblasť podpory zamestnávania a aktivizácie – Slovenská únia podporovaného zamestnávania, pre oblasť podpory zmien fyzického prostredia – Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania CEDA STU. Štyria vybraní partneri a Centrum vzdelávania MPSVR SR začali pod odbornou gesciou MPSVR SR pripravovať národný projekt deinštitucionalizácie a na tejto práci aktívne pokračovali až do augusta 2012. Na jar roku 2012 sa po voľbách zmenila vláda. Dôsledkom bolo výrazné spomalenie realizácie procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb v Slovenskej republike. Nové vedenie MPSVR SR v auguste zastavilo prípravu národného projektu deinštitucionalizácie vybranými partnermi bez toho, aby im to oficiálne oznámilo, alebo oficiálne zrušilo verejnú súťaž, na základe ktorej boli vybraní. Následne sa na pokyn nového vedenia MPSVR SR začal prepracovávať národný projekt deinštitucionalizácie tak, že jeho prijímatelom sa mal stať Fond sociálneho rozvoja. **Prepracovanie tohto projektu trvalo až do konca roku 2012. V projekte sa počítalo len so zapojením fyzických osôb ako odborníkov, ktorí budú realizovať podporu DI, znížil sa aj počet zariadení zapojených zariadení.** Žilinský samosprávny kraj oznámil, že sa do procesu deinštitucionalizácie nezapojí. Zo zvyšných krajov sa v rámci celej SR zapojilo **10 zariadení**. Z nich boli tri v Bratislavskom samosprávnom kraji, ktorý mal vlastný „malý“ národný projekt podpory deinštitucionalizácie. Vzhľadom na nesúhlas nového vedenia MPSVR SR a predovšetkým sekcie ESF, sa upustilo od vytvorenia Národného centra DI, ktoré v projekte nahradil Metodický tím expertov. Metodický tím expertov bol zložený z vedúceho metodického tímu, experta pre sociálne služby, experta pre zamestnávanie, experta pre

zmeny fyzického prostredia a experta pre disemináciu. Ďalšie aktivity projektu boli primárne zamerané na vzdelávanie, supervíziu, disemináciu a podporu zapojených zariadení. Alokácia projektu ostala nezmenená. Vzhľadom na to, že projekt sa už formou partnerstva neriešil, ale bolo to priamo kontrahovaním fyzických osôb, jeho implementácia sa stala administratívne veľmi náročnou. Toto viedlo aj k rozporom medzi vedením sekcie sociálnej a rodinnej politiky a Fondom sociálneho rozvoja (ďalej FSR) a malo za následok, že **národný projekt sa začal realizovať s výrazným oneskorením až v marci 2013.**

Sekcia sociálnej a rodinnej politiky MPSVR SR navrhla za vedúceho metodického tímu Miroslava Cangára (ktorý pracoval v rokoch 2011 až 2015 na odbore sociálnych služieb ako odborník na proces deinštitucionalizácie a transformácie). Následne začalo FSR obsadzovať ďalšie pozície expertov a odborných pracovníkov. V tomto procese však neboli zohľadňované odborné a praktické skúsenosti a vedenie FSR vybralo do viacerých pozícií expertov (s výnimkou experta pre zamestnávanie) ľudí, ktorí nemali žiadne praktické skúsenosti s deinštitucionalizáciou a transformáciou.

Dôsledkom tohto vedúci metodického tímu hneď na začiatku realizácie projektu odstúpil.

Samotný projekt nemal takmer polroka obsadenú pozíciu vedúceho metodického tímu a aktivity na realizácii projektu boli len formálne. Do leta roku 2014 sa tak národný projekt DI vôbec nerealizoval.

Veci sa začali hýbať až po zlúčení ministerských agentúr do Implementačnej agentúry MPSVR SR a na základe personálnych zmien v jej vedení. V lete 2014 sa udiali aj personálne zmeny v metodickom tíme projektu, kde sa vedúcou metodického tímu na základe nových výberových konaní stala Tatiana Králiková, expertom pre sociálne služby Slavomír Krupa, expertom pre oblasť zmien fyzického prostredia Lea Rollová, expertom pre disemináciu Mária Machajdíková. Expertom pre zamestnávanie bola od začiatku projektu Viera Záhorcová. **Realizácia projektu bola predĺžená do decembra 2015**, čo znamenalo, že v priebehu 1,5 roku bolo potrebné realizovať všetky aktivity pôvodne trojročného projektu.

V tomto období sa začalo s intenzívnou podporou zariadení sociálnych služieb, a to predovšetkým formou vzdelávania, supervízie a disemináčnych komunitných aktivít. Pre zapojené zariadenia to bol náročný proces, lebo museli skĺbiť bežné pracovné aktivity s podpornými aktivitami projektu. Posledná výrazná personálna zmena v metodickom tíme projektu

sa udiala ešte začiatkom roku 2015, keď sa do pozície vedúceho metodického tímu vrátil Miroslav Cangár. Avšak počas celej realizácie projektu bolo možné vidieť veľkú fluktuáciu administratívneho a podporného personálu projektu. Bol to dôsledok nerealizovania projektu v partnerstve, ale priamym kontrahovaním odborníkov. Tento štýl riadenia projektu bol nesmierne náročný. V období od druhej polovice roku 2014, a predovšetkým v roku 2015, sa podarilo do projektu zapojiť viacerých slovenských a českých odborníkov na proces transformácie a deinštitucionalizácie a zabezpečiť kvalitnú podporu zariadení sociálnych služieb. Treba však uviesť, že iba vďaka tomu, že sa znovu do projektu zapojili mimovládne organizácie, ktoré v procese deinštitucionalizácie a transformácie pôsobili dlhoročne. Oni uvoľnili svojich zamestnancov na výkon činnosti v projekte. Realizácia projektu ukázala nevyhnutnosť partnerského prístupu a spolupráce medzi štátnymi a mimovládnymi organizáciami. MPSVR SR má, vzhľadom na nedostatočné pochopenie týchto súvislostí, aj v súčasnosti problémy s pokračovaním procesu transformácie a deinštitucionalizácie.

V národnom projekte boli zapojené nasledovné zariadenia sociálnych služieb:

- *Trnavský samosprávny kraj – DSS Okoč – Opatovský Sokolec*
- *Nitriansky samosprávny kraj – DSS Lipka Lipová*
- *Trenčiansky samosprávny kraj – CSS Adamovské Kochanovce*
- *Banskobystrický samosprávny kraj – DSS Slatinka, DSS Ladomerská Vieska*
- *Prešovský samosprávny kraj – CSS Zátisie Osadné*
- *Košický samosprávny kraj – DSS Lidwina Strážske*
- *Bratislavský samosprávny kraj – DSS Merema Modra, DSS a DD Stupava, DD a DSS Rača.*

Okrem vzdelávaní, supervízie, diseminácie, podpory zapojených zariadení, študijných ciest zamestnancov a prijímateľov sociálnych služieb do transformovaných zariadení v Čechách, priniesol projekt ešte niekoľko významných výstupov, ako napr. medzinárodnú konferenciu, ale aj viacero metodických a odborných publikácií o procese transformácie a deinštitucionalizácie.¹⁰⁶ Zároveň bola v rámci projektu (pod vedením Lýdie Brichtovej)

106 Všetky publikácie sú dostupné tu: <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di/publikacie-na-stiahnutie>

spracovaná **Závěrečná hodnotiacá správa, ktorá okrem vyhodnotenia samotného projektu priniesla legislatívne a nelegislatívne odporúčania pre ďalšiu implementáciu procesu transformácie a deinštitucionalizácie na systémovej úrovni na Slovensku.**¹⁰⁷

Pre krátke zhrnutie, čo sa v tomto projekte v rokoch 2014 až 2015 stihlo realizovať:

- 856 (ukazovateľ počtu osôb cieľovej skupiny zapojených do projektu, naplnený na 114 %),
- 409 (ukazovateľ počtu osôb vyškolených v projekte, naplnený na 102 %),
- 22 (mužov a žien, obyvateľov DSS, ktorých sa podarilo zapojiť do pracovného procesu),
- 26 (komunitných akcií a podujatí, kde sme sa snažili podporiť sieťovanie, vzťahy a nájsť spoločnú cestu),
- 3 (konferencie regionálneho a medzinárodného charakteru, kde sa aj prakticky vymieňali poznatky a skúsenosti),
- 3 (viacdnňové študijné cesty do Českej republiky, ktorých sa zúčastnili zamestnanci a obyvatelia DSS, zástupcovia zriaďovateľov a ďalší prizvaní spolupracovníci),
- 12 (rôzne zameraných vzdelávacích kurzov, odlektorovaných v siedmich zapojených zariadeniach)
- 130 (dohôd a iných foriem úväzkov, ľudí, ktorým na DI záleží a rozhodli sa prostredníctvom projektu pokúsiť o zlepšenie podmienok života obyvateľov v DSS).

Projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb trval od marca 2013 do decembra 2015. Ťažisko jeho aktivít sa prenieslo na posledný rok, paralelne prebiehali vzdelávania, supervízie, konzultácie, hodnotenia, pracovali experti v metodickom tíme, pod vedením ktorých vznikali metodické príručky, odborné materiály a ďalšie výstupy projektu. Pracovali špecialisti, lokálni konzultanti, projektový tím. Prostredníctvom verejných obstarávaní sme spolupracovali s množstvom dodávateľov, s cestovnou kanceláriou, tlmočnicami, korektorkami, grafikmi a vydavateľmi. Rok 2015 bol teda pre všetkých, ktorí boli zapojení v projekte, akčný, plný nových úloh, výziev, prekážok,

107 Brichtová et al. Závěrečná hodnotiacá správa. IA MPSVR SR. Bratislava. 2015. https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Zaverecna_hodnotiaca_sprava.pdf

no i bohatý na nové poznatky, priateľstvá, profesionálne vzťahy a väzby. Hektika overila možnosti zariadení v NP DI, častokrát ich stavala do náročnej pozície, ako všetky aktivity zodpovedne naplniť a pritom ustáť chod inštitúcie. Spolu sme posúvali hranice. Obyvatelia medzi sebou, no i vo vzťahoch so zamestnancami, testovali svoje možnosti (takmer na 100 % sa potvrdili slová Slavoj Krupu, že každý z nich dokáže ísť ďaleko za svoje limity), riaditelia a manažment, v súčinnosti so zriaďovateľom zas tie svoje (prevádzkové, finančné, odborné a ďalšie), experti v metodickom tíme, spolu so špecialistami, lektormi a supervízormi nastavovali vzdelávania „na mieru“ a snažili sa flexibilne reagovať na nové potreby a otázky. Všetci sa medzi sebou stretávali a vymieňali si skúsenosti, názory, delili sa o riešenia podobných situácií. Facilitovali ich aj zahraniční odborníci, napríklad Jan Pfeiffer, ktorý veľmi ochotne poskytoval jeho know-how.“¹⁰⁸

Ako sme už uviedli, realizovať tento projekt sa podarilo len vďaka zapojeniu mimovládnych organizácií a ich odborníkov, ktorí sa dlhodobo zasadujú za realizovanie procesu deinštitucionalizácie a transformácie. Práve tieto skúsenosti viedli k tomu, že ešte v **marci 2015 sa začalo s prípravou nového národného projektu podpory deinštitucionalizácie**, o ktorom budeme písať v nasledujúcej kapitole, ale znova bol **nastavený na realizovanie formou partnerstva**.

Stratégia DI, okrem prvých úloh súvisiacich s NAP DI a národným projektom podpory deinštitucionalizácie, mala stanovené ďalšie opatrenie, a to vytvorenie **výboru expertov pre DI pri MPSVR SR**. Tento výbor bol zriadený ešte ministrom Jozefom Mihálom v marci 2012. Pôvodným zámerom Výboru expertov pre deinštitucionalizáciu bolo, aby bol poradným orgánom MPSVR SR v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie, kde majú zastúpenie štátne organizácie, mimovládne organizácie, samospráva a aj európska expertná skupina pre deinštitucionalizáciu a hlavne, **aby sa aktívne a výkonne podieľal na presadzovaní procesov transformácie a deinštitucionalizácie**. Hlavnými úlohami tohto výboru sú:

- a) monitorovanie, hodnotenie a koordinácia procesov deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti,
- b) koordinácia subjektov deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti,

108 Cangárová, L. 2015. <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di/zaverom>

- c) navrhovanie opatrení na zvýšenie podpory a efektívnosti deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti a synergie medzi obomi systémami,
- d) navrhovanie opatrení na podporu procesov deinštitucionalizácie v oblastiach súvisiacich so systémom sociálnych služieb a náhradnou starostlivosťou,
- e) identifikácia rizík a prekážok deinštitucionalizácie a navrhovanie legislatívnych a koncepcných riešení na podporu procesov deinštitucionalizácie,
- f) prerokovanie a schvaľovanie návrhu správy o plnení Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.

V súčasnosti môžeme skonštatovať, že v priebehu posledných rokov ide len o formálny výbor, ktorý nenaplnil očakávania. Stretáva sa raz ročne, kde sú jeho členovia formálne informovaní o naplňaní Stratégie DI a procese transformácie a deinštitucionalizácie, no sám o sebe nevyvíja zásadné aktivity, aby tento proces podporil, urýchlil alebo zefektívnil. Ako príklad je možné uviesť ostatné odporúčanie Výboru expertov pre deinštitucionalizáciu, ktoré navrhlo a schválilo, že v rámci projektov transformácie a deinštitucionalizácie nemá byť aplikované spolufinancovanie, keďže ide o národnú politiku, no napriek tomuto odporúčaní bola žiadosť o spolufinancovanie národných projektov deinštitucionalizácie zamietnutá. Samotný výbor expertov pre deinštitucionalizáciu nemá v súčasnosti žiadny zásadný vplyv na proces transformácie a deinštitucionalizácie v SR, pretože jeho hlavná úloha – odborná a kontrolná – mala zmysel, ak by existovalo Národné centrum podpory DI a proces transformácie a deinštitucionalizácie by sa aj reálne implementoval.

Posledným opatrením, ktoré uvádza Stratégia DI, bolo **Vytvorenie právnych podmienok na podporu deinštitucionalizácie a transformácie**. V roku 2013 sa začala pripravovať veľká novela zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorá okrem iného priniesla viaceré zmeny týkajúce sa podpory procesu deinštitucionalizácie a transformácie s účinnosťou od 1. 1. 2014. Práve tieto zmeny mali byť ďalším krokom k vytvoreniu legislatívnych podmienok pre proces transformácie a deinštitucionalizácie priamo v zákone. Zámerom tvorcov legislatívy bolo zdôrazniť, že transformácia a deinštitucionalizácia by mali byť dlhodobým procesom zmeny kvality života osôb so zdravotným postihnutím. V samotnom zákone sa upravilo viacero ustanovení. Podrobne sa upravila definícia individuálneho plánovania s orientáciou na komplexnú **podporu samostatnosti a nezávislého života** prijímateľov

sociálnych služieb v komunite. Vytvorila sa pozícia **klúčového pracovníka v individuálnom plánovaní**, ktorý sprevádza a podporuje prijímateľa sociálnej služby. V zákone boli v oblasti sociálnych služieb vytvorené dve nové sociálne služby, ktoré majú zásadný význam pre rozvoj a podporu komunitných služieb: **služba včasnej intervencie pre deti so zdravotným postihnutím a podpora samostatného bývania**. Obe tieto služby majú predovšetkým terénnu a ambulantnú formu a ich cieľom je vytvorenie alternatívnej podpory ľudí so zdravotným postihnutím v prirodzenom prostredí a komunite. Žiaľ, doteraz neboli legislatívne jasne upravené povinnosti financovania týchto služieb. Významnou zmenou bolo **nastavenie hmotnoprávných podmienok pre poskytovanie vybraných druhov sociálnych služieb v kontexte prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť**. Pri tvorbe týchto zmien sa vychádzalo z „Princípu malej skupiny“ prof. Karla Grunewalda. **V praxi to znamenalo viaceré obmedzenia v možnosti registrovania inštitucionálnych sociálnych služieb. Zariadenia podporovaného bývania mohli na základe tejto zmeny prijať klienta vo veku od 16 rokov a maximálna kapacita v rámci jednej bytovej jednotky bola stanovaná na šesť osôb. V jednom objekte zariadenia chráneného bývania je možné mať maximálne dve bytové jednotky.** V súčasnosti prebieha diskusia o tom, ako upraviť toto ustanovenie tak, aby v jednom objekte bolo možné mať viac bytových jednotiek, ale maximálne s kapacitou 12 obyvateľov na celý objekt. Takáto úprava by umožnila, aby mohli vznikať aj viaceré bytové jednotky s nižším počtom osôb ako je šesť. V zariadeniach pre seniorov, domovoch sociálnych služieb a špecializovaných zariadeniach sa tiež pre registráciu obmedzila kapacita. **Pôvodný návrh MPSVR SR s obmedzením kapacity na max. 22 klientov v jednom objekte bol počas schvaľovania v Národnej rade Slovenskej republiky na základe poslaneckého návrhu navýšený na kapacitu 40 obyvateľov v jednom objekte.** Okrem kapacity tieto zmeny upravili nemožnosť **registrovať nové domovy sociálnych služieb s celoročným pobytom, zákaz prijímania osôb mladších ako 18 rokov do celoročných pobytových služieb, nemožnosť prijímať do domovov sociálnych služieb v rámci tejto služby občanov v dôchodkovom veku.** Novela však pripustila možnosť registrovať aj zariadenia, ktoré presahovali zákonom stanovené kapacity, ak boli finančne podporené v rámci IROP, aj keď to bolo v rozpore s princípmi transformácie a deinštitucionalizácie. **Asi najzásadnejšou zmenou bolo rozpracovanie prílohy č. 2 – Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, tzv. Štandardy kvality sociálnych služieb.** Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby sú už jasne orientované na komunitné sociálne služby a vychádzajú priamo z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Základným východiskom pri tvorbe bola skutočnosť, že kvalitnú sociálnu službu nedokážeme z hľadiska ľudských práv poskytovať v zariadeniach

s inštitucionálnou kultúrou. Podmienky kvality definujú, ako by sa mali sociálne služby poskytovať z hľadiska štyroch základných oblastí: ľudskoprávnej, procedurálnej, personálnej a prevádzkovej. Podmienky kvality takto jasne ukotvili ľudskoprávny prístup v poskytovaní sociálnych služieb aj v samotnej legislatíve, ktorý je zakotvený už aj v §6 zákona o sociálnych službách ods. 2 uvádza: **„Fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti.“**¹⁰⁹ Sociálny prístup a humanizácia dokážu čiastočne odstrániť negatívne dôsledky charitatívneho a medicínskeho prístupu, ale stále nedokážu zabezpečiť úplné dodržiavanie ľudských práv všetkých občanov so zdravotným postihnutím. Ľudskoprávny prístup vníma občanov so zdravotným postihnutím ako súčasť rovnakej spoločnosti a prisudzuje im rovnaké práva a povinnosti ako všetkým ostatným občanom v spoločnosti. Hlavné princípy ľudskoprávneho prístupu sú:

- Inklúzia
- Participácia
- Prístupnosť
- Nediskriminácia
- Rešpektovanie inakosti/rozdielnosti
- Rovnaké príležitosti
- Rešpekt pred prirodzenou dôstojnosťou

Vychádzajúc z tohto, podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby kladú dôraz na aktívnu inklúziu, participáciu, prístupnosť prostredia, nediskrimináciu, rešpekt voči prijímateľovi sociálnych služieb, právo na rovnaké príležitosti a v neposlednom rade rešpekt pred prirodzenou dôstojnosťou človeka, čiže základné princípy a dôvody prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. **Podmienky kvality sociálnych služieb sú platné od 1. januára 2014 a MPSVR SR by ich malo začať hodnotiť od 30. septembra 2019.**

109 Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Viacere návrhy na legislatívne, ale aj nelegislatívne zmeny, sú spracované v Záverečnej správe k Národnému projektu podpory deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb v Slovenskej republike. Tieto odporúčania komplexne navrhujú, čo všetko je potrebné upraviť a urobiť v oblasti sociálnych služieb, zamestnávania a zmien fyzického prostredia preto, aby bol proces transformácie a deinštitucionalizácie úspešne implementovaný. Ide predovšetkým o zmeny v oblasti kvalifikačných predpokladov a nových odborných činností, zákaz prijímania nových klientov do transformujúcich sa zariadení, pôsobnosti obcí a vyšších územných celkov v sociálnych službách a potreba zmien pri ich financovaní, konkretizovanie financovania súbežných služieb v procese transformácie, doplnenie nových aktivít politiky trhu práce v službách zamestnanosti a zmeny v stavebnej legislatíve.¹¹⁰

V tejto oblasti je však nevyhnutné spomenúť aj to, že **v decembri 2014 boli prijaté nové Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020.**¹¹¹ Na rozdiel od Národných priorít z roku 2009 sa tento dokument **už jasne hlási k podpore procesu transformácie a deinštitucionalizácie.** Napriek tomu, že národné priority tvoria primárne materiál, ktorý má tvoriť východisko pre koncepcie a komunitné plány na regionálnej úrovni, tak aj samotné MPSVR SR si stanovilo viacero úloh, ktoré chce a musí v budúcnosti riešiť vo svojej pôsobnosti. MPSVR SR prezentuje **potrebu systémových zmien v oblasti financovania sociálnych služieb,** ktorú však stále nezačalo plánovať a realizovať. Zároveň v rámci národných priorít MPSVR SR uvádza, že chce podporovať rozvoj sociálnych služieb na komunitnej úrovni aj zo zdrojov operačných programov Ľudské zdroje a Integrovaný operačný program, čo sa tiež deje len veľmi pomaly a podrobnejšie sa tomu budeme venovať v ďalšom texte. No týmito vyjadreniami MPSVR SR potvrdzuje aktuálne trendy a ciele Európskej únie v tejto oblasti, a to predovšetkým prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Vzhľadom na potrebu zásadných zmien v oblasti sociálnych služieb prezentuje MPSVR SR **potrebu spracovania dlhodobého Strategického rámca rozvoja sociálnych služieb do roku 2030** v Slovenskej republike. Príprava takého dokumentu však ešte formálne nebola ohlásená a je otázne, či sa naozaj aj začne. Napriek tomu však môžeme konštatovať, že aspoň na papieri je deklarovaná ochota a potreba zmeny. Dlhodobou víziou Národných priorít je predovšetkým

110 Podrobnejšie v Záverečnej hodnotiacej správe NP DI. https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Zaverecna_hodnotiaca_sprava.pdf

111 <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>

pozitívne ovplyvniť rozvoj sociálnych služieb v Slovenskej republike v rokoch 2015 až 2020, a to pomocou stanovenia základných priorít tohto rozvoja, predpokladov na ich dosiahnutie a aj merateľných ukazovateľov ich plnenia v tomto období. Analytická časť dokumentu uvádza, že v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku je v súčasnosti viac ako 30 000 ľudí so zdravotným postihnutím. V posledných rokoch v tejto oblasti vidno stúpajúci trend v samotných zariadeniach sociálnych služieb s celoročným pobytom, kde žilo až 89,4 % všetkých prijímateľov zariadení sociálnych služieb, týždenná starostlivosť bola poskytovaná 1,5 % prijímateľov sociálnych služieb a denná 6,4 % prijímateľov sociálnych služieb. Podobne ako pri zariadeniach pre seniorov, aj v tejto oblasti dlhodobo prevyšuje počet miest v zariadeniach sociálnych služieb počet obyvateľov, ktorým bola služba poskytovaná - o cca 5 až 6 %.

Zároveň sa v posledných rokoch ukazuje trend stabilizovania počtu prijímateľov v špecializovaných zariadeniach, kde sme od vzniku tejto služby v roku 2009 mohli sledovať vysoký nárast počtu jej prijímateľov. Z analýzy v rámci Národných priorít ďalej vyplýva veľký nedostatok služieb na komunitnej úrovni, kde napríklad v oblasti špecializovaného sociálneho poradenstva je na Slovensku len 97 poskytovateľov, sociálnu rehabilitáciu ako samostatnú odbornú činnosť poskytuje len 14 poskytovateľov, prepravná služba bola poskytnutá len cca 6 700 občanom a pod. V oblasti ďalších sociálnych služieb na komunitnej úrovni je možné sledovať nedostatkovosť, napr. v oblasti služieb na podporu rodiny s deťmi, kde je iba 23 poskytovateľov pomoci osobnej starostlivosti o dieťa, sedem poskytovateľov zariadení dočasnej starostlivosti o dieťa či 13 poskytovateľov služby včasnej intervencie. V oblasti krízovej intervencie je možné sledovať stabilný počet prijímateľov sociálnych služieb, ale aj napriek tomu je nedostatok poskytovateľov týchto služieb. Len pre ilustráciu môžeme uviesť, že v rámci Slovenska je len 15 nízkoprahových denných centier, 29 nízkoprahových centier pre deti a rodinu, 210 denných centier, osem integračných centier, 72 útulkov, 30 nocľahární, atď.¹¹²

112 Cangár. M. (2014). Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020. Kam smerujú naše sociálne služby? In Integrácia 1-2/2014. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava. ISSN: 1336-2011.

Národné priority na roky 2015 až 2020 sú:

- zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami komunity,
- podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť,
- podporiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby zotrvávajúce v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby,
- zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Prvá národná priorita **Zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity** má tendenciu podporovať predovšetkým rozvoj komunitných sociálnych služieb, a to formou terénnych, ambulantných a nízkokapacitných pobytových sociálnych služieb na Slovensku. Medzi hlavné predpoklady na jej dosiahnutie patrí podpora rozvoja existujúcich a nových sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru s dôrazom na služby pre rodiny. Okrem iného sa v tejto časti Národných priorít definujú aj znaky inštitucionálnej kultúry tak, aby bol jasný rozdiel medzi komunitnými službami a inštitucionálnou starostlivosťou. Príloha č. 1 Národných priorít presne definuje, ktoré služby a kedy sú vnímané ako komunitné sociálne služby. Medzi komunitné služby sú zaradené všetky služby, ktoré sa poskytujú terénnou alebo ambulantnou formou. Z pobytových služieb sa medzi komunitné zaradili viaceré celoročné zariadenia, ktoré ale musia primárne spĺňať viaceré podmienky:

- Zariadenia podporovaného bývania, ktoré spĺňajú zákonom stanovenú kapacitu (šesť ľudí v jednej bytovej jednotke a max. dvojbytové jednotky v jednom objekte). Zároveň musí zariadenie podporovaného bývania spĺňať podmienku, že sa nenachádza priamo v objekte alebo v areáli iného zariadenia sociálnych služieb. Dôvodom tejto podmienky je, že takto umiestnené zariadenie podporovaného bývania nie je súčasťou bežnej komunity a často sa doň prenášajú inštitucionálne prístupy, ktoré sú súčasťou veľkokapacitných zariadení a je nemožné v tomto prípade hovoriť o tom, že sa jedná o zariadenie komunitného charakteru.
- Zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia, ktoré spĺňajú zákonom stanovenú kapacitu. V tejto oblasti stále prebieha diskusia, aká je optimálna kapacita zariadení, ktoré majú charakter dlhodobej starostlivosti. Je však nutné povedať, že kapacita

40 miest v jednom objekte, ktorá sa nachádza v zákone o sociálnych službách, je výsledkom kompromisu a pripomienok pri tvorbe ostatnej novely zákona sociálnych služieb a nie výsledkom dôsledných výskumov a odporúčaní v tejto oblasti.

- Domov sociálnych služieb, ktorý má malokapacitný charakter a spĺňa rovnaké podmienky ako vyššie spomínané zariadenie podporovaného bývania.

Druhá národná priorita **Podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť** hovorí o jasnej a priamej podpore procesu deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb v Slovenskej republike. Táto priorita sa dopĺňa s prvou prioritou a tvoria kľúčové prístupy, ktoré by mali napomôcť transformácii systému sociálnych služieb. Národné priority na roky 2015 – 2020 už, na rozdiel od Národných priorít na roky 2009 – 2013, jasne oddelujú deinštitucionalizáciu od humanizácie sociálnych služieb. Humanizácia sociálnych služieb nesmeruje k plnému napĺňaniu ľudských práv prijímateľov sociálnych služieb a z tohto dôvodu ju nemožno v súčasnosti považovať za legitímny spôsob rozvoja a poskytovania sociálnych služieb. Medzi základné predpoklady tejto priority patrí podpora a budovanie vybraných druhov terénnych, ambulantných a pobytových služieb na komunitnej úrovni a ukončenie poskytovania pôvodných pobytových služieb inštitucionálneho charakteru. Okrem toho je predpokladom aj zvýšenie informovanosti odbornej a laickej verejnosti prostredníctvom cielených kampaní o procese deinštitucionalizácie.

Tretou národnou prioritou je **Podpora rozvoja sociálnych služieb pre osoby zotrvávajúce v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby**, čiže zabezpečiť dostatočný rozsah, druhovosť a kapacitu týchto služieb v priestore marginalizovaných komunit. Zároveň je cieľom tejto priority (platí to však pre všetky národné priority) podporiť medzirezortnú spoluprácu a spoluprácu na všetkých úrovniach verejnej správy, spoluprácu medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi a prijímateľmi sociálnych služieb.

Posledná národná priorita **Zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb** je priamo zameraná na komplexnú podporu zavádzania podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb. Bližšie sme sa kvalite venovali v predchádzajúcom texte.

Materiál Národnej priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020 prezentuje a potvrdzuje trendy ľudskoprávneho prístupu v sociálnych službách a podporuje rozvoj komunitných služieb, ku ktorým sa už otvorene hlási aj MPSVR SR, no ich implementácia v praxi je však veľmi pomalá a v niektorých oblastiach sa vôbec nehýbe.

Všetky tieto zmeny podporujúce transformáciu a deinštitucionalizáciu na systémovej úrovni, ktoré sa intenzívne začali koncom roku 2010 a začiatkom roku 2011, zásadne ovplyvnili, ako sa zmenili podmienky Regionálneho operačného programu. Ako sme už uviedli na začiatku tejto kapitoly, v roku 2011 sa realizovala revízia ROP, ktorá už jasne zohľadňovala princípy transformácie a deinštitucionalizácie. ROP bol ešte viackrát revidovaný z dôvodu úprav podmienok a financovania investičných projektov. Vzhľadom na viaceré uvedené zmeny po voľbách v roku 2012, v oblasti transformácie a **deinštitucionalizácie sa nepodarilo dodržať neformálnu synergiu medzi ROP a OP ZaSI**, kde mal najprv naštartovať Národný projekt podpory deinštitucionalizácie, následne mala prísť investičná podpora z ROP a následne znova podpora prechodného procesu pre zapojené zariadenia v rámci dopytovo orientovanej výzvy z OP ZaSI. Takto nastavený systém podpory bol pripravený ešte pôvodnou pracovnou skupinou na MPSVR SR pred marcom 2012. V realite sa však synergia nedodržala, jednotlivé výzvy a projekty sa realizovali presne v opačnom poradí, čo viedlo k tomu, že na dopytovú výzvu podpory prechodného procesu z OP ZaSI nereagovalo ani jedno zariadenie sociálnych služieb. Výzva ROP na podporu transformácie a deinštitucionalizácie bola zverejnená v decembri 2012. Národný projekt Podpory transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb sa s personálnymi komplikáciami naštartoval v marci 2013, ale reálne sa začal realizovať až v druhej polovici roku 2014. Do výzvy ROP sa nakoniec prihlásili len štyri zariadenia sociálnych služieb: DSS Okoč – Opatovský Sokolec, DSS Slatinka, DSS Ladomerská Vieska a DSS Lidwina Strážske. ROP schválilo tri žiadosti o nenávratný finančný príspevok: DSS Okoč – Opatovský Sokolec, DSS Slatinka a DSS Ladomerská Vieska. Žiadosť DSS Lidwina Strážske nebola schválená predovšetkým z toho dôvodu, že išlo hlavne o humanizáciu služieb a nie ich deinštitucionalizáciu, načo MPSVR SR toto zariadenie dlhodobo upozorňovalo a žiadalo vykonať zásadné zmeny v projekte, tie však neboli realizované a boli vykonané len účelové zmeny, aby zariadenie splnilo len formálne kritériá pre zapojenie sa do výzvy. Je potrebné uviesť, že **ani schválené projekty sa v rámci ROP nerealizovali**.

Po zmene vedenia Banskobystrického samosprávneho kraja v roku 2013 nový župan odmietol podpísať schválené žiadosti a zablokoval transformáciu a deinštitucionalizáciu zariadení v Slatinke a Ladomerskej Vieske. V rámci svojich vyjadrení prezentoval aj možnosť návratu prijímateľov sociálnych služieb v DSS Slatinka späť do opusteného kaštieľa, voči čomu sa zdvihla vlna odporu zo strany samotných klientov, ich rodín, odbornej verejnosti a aj vedenia samotného zariadenia. DSS Slatinka bola od roku 2005 neformálne podporovaná Radou pre poradenstvo v sociálnej práci, neskôr od roku 2015 nadáciou SOCIA.

Realizácia projektu transformácie a deinštitucionalizácie DSS Okoč – Opatovský Sokolec stroskotala v tomto období na verejnom obstarávaní investičných aktivít, keď bolo verejné obstarávanie viackrát zrušené zo strany Trnavského samosprávneho kraja. Táto skutočnosť viedla k situácii, že nakoniec nemalo zariadenie dostatok času pre realizovanie projektu v období oprávnenosti výdavkov ROP.

Okrem podpory transformácie a deinštitucionalizácie na systémovej úrovni prostredníctvom národného projektu, aj po ukončení projektu organizácie RPSP, nadácia SOCIA, Slovenská únia podporovaného zamestnávania a CEDA STU neformálne spolupracujú a podporujú zariadenia sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie.

Okrem ich aktivít je ešte možné spomenúť **projekt organizácie M.E.S.A. 10 – Podpora integrácie inštitucionalizovaných klientov do lokálnych komúní**, ktorý analyzoval a skúmal dopad aktivít transformácie a deinštitucionalizácie v Banskobystrickom kraji¹¹³. A tiež **aktivitu organizácie INESS, ktorá monitorovala čerpanie štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti** a jej výstupy sme uvádzali v predchádzajúcom texte. V rámci tejto aktivity pripravil INESS dve veľmi zaujímavé publikácie: **Monitoring čerpania štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti v období 2007 – 2011**¹¹⁴ a **Odvaha na nové služby**.¹¹⁵

Vzhľadom na všetky tieto aktivity a aj na nedostatočné realizovanie procesu transformácie a deinštitucionalizácie, založili odborníci a organizácie, ktoré sa tejto téme dlhoročne venujú, **nezávislú Platformu za komunitné služby Z Domova domov**. Platforma vznikla ako priestor

113 Viac informácií o projekte M.E.S.A. 10 nájdete tu: <http://mesa10.org/projects/support-for-integration-of-institutionalized-clients-into-local-communities/>.

114 <http://www.iness.sk/stranka/8058-Monitoring-cerpania-strukturalnych-fondov.html>

115 <http://www.iness.sk/stranka/8494-Odvaha-na-nove-sluzby.html>

pre pomoc a podporu všetkým, ktorí sa stotožnili so zámerom komunitných služieb a chcú ho na Slovensku realizovať a podporovať. V júni 2013 zverejnila svoje Vyhlásenie, ktoré podporilo 25 fyzických osôb a sedem inštitúcií. Vo svojom vyhlásení okrem iného, uvádza: „Táto zmena už začala. Na Slovensku máme odborníkov a organizácie, ktorí podporujú projekty deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti, usilujú o reformu v opatrovníctve, vytvárajú podporované bývania, medializujú inovatívne riešenia sociálnych situácií, presadzujú programy individuálneho rozvoja pre ľudí so zdravotným postihnutím, vzdelávajú sociálnych pracovníkov, poskytujú im supervíziu, aby sa všetko prejavilo v novej vyššej kvalite poskytovaných služieb. Platforma za komunitné služby – Z Domova domov bude sieťovať nositeľov zmeny, vzájomne zdieľať informácie, skúsenosti a príklady dobrej praxe. Platforma chce byť aktívna pri zmenách v systéme sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v súlade s medzinárodnými záväzkami SR a vládou schválenou Stratégiou deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR. Platforma bude prinášať podnety zo zahraničia, realizovať podporné kampane a propagovať úsilie všetkých, ktorí nastúpia na túto neľahkú cestu.“¹¹⁶ Platforma sa od svojho vzniku veľmi aktívne zapája a podporuje proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

Ďalšie legislatívne alebo zmeny, ktoré sú ešte v procese príprav, alebo sa udiali a udejú v rámci právnych úprav v pôsobnosti **Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**, v oblasti požiadaviek na vnútorné prostredie budov a minimálnych požiadaviek na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia, by mali rovnako prispieť k podpore realizácie prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

Ak chceme zhrnúť v skratke toto obdobie, môžeme skonštatovať, že napriek veľmi aktívnej práci na podpore systémovej zmeny v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie v roku 2011 a prvej polovici 2012, sa neskôr tento proces výrazne spomalil a stále ťaží zo zmien realizovaných v tomto krátkom období. Zároveň je pozitívne vidieť, že proces deinštitucionalizácie posunuli aj výsledky NP DI a hlavne aktivity mimovládnych organizácií, ktoré posunuli aspoň v oblasti „mäkkej prípravy“ zapojené zariadenia bližšie

¹¹⁶ Vyhlásenie Platformy za komunitné služby Z domova domov. Jún 2013. <http://www.zdomovadomov.sk/vyhlasesenie/325-2/>

k reálnej deinštitucionalizácii. Tieto zmeny vytvorili dobrý základ pre tvorbu nového Programového obdobia čerpania štrukturálnych fondov v rokoch 2014 – 2020. Podpora prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa stala jasnou súčasťou tohto programového obdobia a je definovaná aj ako **špecifický cieľ** podpory zo strany Európskej únie. Už prvý návrh Partnerskej dohody, základného dokumentu pre čerpanie štrukturálnych fondov v rokoch 2014 – 2020, konštatuje: *„Zmena súčasného prevažne hierarchicky organizovaného poskytovania služieb na model horizontálne integrovaných služieb, rozvoj výsledkovo orientovanej kultúry vo verejnej správe a deinštitucionalizácia služieb verejnej správy v prospech komunitných služieb, je odpoveďou na súčasné výzvy¹¹⁷“* Zároveň tento dokument aj nepriamo prezentuje potrebu partnerstva s neziskovým sektorom, ktorý v tejto oblasti zohrával kľúčovú úlohu: *„Kľúčovou pozitívnou zmenou bude výraznejšie zapojenie predstaviteľov podnikateľského sektora, neziskového sektora ako aj samosprávy do tvorby i realizácie politiky zamestnanosti v konkrétnom regióne. Ide o partnerov, ktorí priamo ovplyvňujú hospodárstvo i zamestnanosť na regionálnej úrovni. Stratégia implementácie v oblasti trhu práce je založená na modernizácii nástrojov aktívnej politiky trhu práce (AFTP), vrátane deinštitucionalizácie služieb a prechodu na komunitne poskytované služby a rozvoj sociálnej ekonomiky prostredníctvom neziskových organizácií a obcí.¹¹⁸“* Tento princíp podpory transformácie a deinštitucionalizácie ostal zachovaný aj vo výslednej verzii Partnerskej dohody SR na roky 2014 – 2020, kde je v rámci tematického cieľu 9 – Podpora sociálneho začlenenia, boja proti chudobe a akejkoľvek diskriminácii uvedené zdôvodnenie výberu takejto podpory: *„Za účelom zníženia miery ohrozenia sociálnym vylúčením pre osoby, ktorým sú poskytované sociálne služby, alebo sú v náhradnej starostlivosti, je potrebné postupne realizovať proces deinštitucionalizácie. Konečným výsledkom tohto procesu má byť poskytovanie sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v komunite, čo umožní vyššiu mieru nezávislosti a rešpektovania ľudských práv osôb v sociálnych službách a náhradnej starostlivosti v porovnaní s inštitucionálnou formou.“¹¹⁹* Týmto sa stala realizácia a napĺňanie Stratégie DI ex ante kondicionalitou pre využívanie štrukturálnych fondov v rokoch 2014 až 2020. Už v tomto období analytické dokumenty Centrálného koordinačného

117 1. návrh Partnerskej dohody SR na roky 2014 – 2020. http://www.nsrr.sk/download.php?FNAME=1376654441.upl&ANAME=1+_navrh_PD_SR_2014-2020_11+7+2013.pdf

118 Ibid.

119 Partnerská dohoda SR na roky 2014 – 2020. <http://www.nsrr.sk/download.php?FNAME=1402992629.upl&ANAME=Partnersk%C3%A1+dohoda+SR+na+roky+2014-2020.docx>

orgánu upozorňovali: „Cieľom EÚ ako aj Slovenska je navyše podpora deinštitucionalizácie, t. j. prechod z veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb na komunitné zariadenia s menším počtom klientov, resp. uprednostňovanie rodinného prostredia. Tento proces však prebieha pomaly, komunitné služby sú zatiaľ v prípade SR nedostatočne rozvinuté.“¹²⁰ Samotná Partnerská dohoda definovala aj potrebu synergie a integrovaného prístupu v oblasti deinštitucionalizácie, keď uviedla potrebu a nutnosť vytvorenia pracovných skupín medzi operačnými programami Integrovaný operačný program a Operačný program ľudské zdroje. Práve v týchto dvoch operačných programoch sa prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť stal špecifickým cieľom s jasnými základnými podmienkami a kritériami.

V rámci Operačného programu ľudské zdroje sa stala deinštitucionalizácia osobitným špecifickým cieľom 4.2.1 Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. V rámci tohto operačného programu je možné podporovať proces deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb, náhradnej starostlivosti, ale aj v oblasti špecializovanej psychiatrickej zdravotníckej starostlivosti a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledkom tejto podpory v oblasti sociálnych služieb je zvýšiť percentuálny pomer sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou a terénnou formou na úrovni komunity k celoročným a týždenným pobytovým sociálnym službám a zvýšiť počet nových zariadení sociálnych služieb s pobytovou formou na komunitnej úrovni, ktoré spĺňajú všeobecné kvalitatívne a kvantitatívne podmienky komunitných služieb a sú v súlade s národnými a medzinárodnými dokumentami v oblasti deinštitucionalizácie; kapacita objektov podporených pobytových sociálnych služieb musí byť najviac šesť obyvateľov v jednej bytovej jednotke a maximálne dve bytové jednotky v jednom objekte zariadenia. V oblasti sociálnych služieb bol proces transformácie a deinštitucionalizácie rozdelený do dvoch fáz, ktoré sa mali realizovať formou národných projektov alebo dopytovo orientovaných výziev. V roku 2015 sa začalo s prípravou nadväzujúceho Národného projektu podpory deinštitucionalizácie, ktorému sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole.

V Integrovanom operačnom programe bol prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť definovaný v rámci samostatného **špecifického cieľu 2.1.1 Podporiť prechod poskytovania sociálnych služieb a zabezpečenia výkonu opatrení sociálnoprávnej ochrany**

120 Analýza rozvojového potenciálu regiónov SR a ich územných rozdielov s priemetom na tematickú koncentráciu EŠIF v Partnerskej dohode SR na roky 2014 -2020. http://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/109_analyza-rozvojoveho-potencialu-regionov-sr-a-ich-uzemnych-rozdielov-s-priemetom-na-tematicku-koncentraciu-esif-v-partnerskej-dohode-sr-na-roky-2014-%E2%80%932020-aktualizacia%E2%80%9C.pdf

detí a sociálnej kurately v zariadení z inštitucionálnej formy na komunitnú a podporiť rozvoj služieb starostlivosti o dieťa do troch rokov veku na komunitnej úrovni. Tento špecifický cieľ má investične podporovať vytváranie vhodných priestorových podmienok (vhodného fyzického prostredia) pre poskytovanie sociálnych služieb a zabezpečovanie výkonu SPOaSK v zariadeniach, ktoré sú v súlade so zásadami starostlivosti na komunitnej báze, t. j. v prirodzenom sociálnom prostredí alebo v prirodzených spoločenstvách organizačne a kultúrne čo najviac podobných bežnej rodine. Výsledkom tejto podpory má byť transformácia a deinštitucionalizácie existujúcich zariadení s celoročným pobytom na zariadenia poskytujúce služby a zabezpečujúce výkon opatrení SPOaSK na komunitnej báze; skvalitnenie a rozšírenie ponuky existujúcich a zabezpečenie nových služieb a opatrení SPOaSK, ktoré sa poskytujú na komunitnej báze, v prirodzenom rodinnom prostredí, resp. v náhradnom rodinnom prostredí, vrátane inovatívnych služieb komunitnej starostlivosti a inovatívnych opatrení. Na túto podporu bola **prezentovaná alokácia vo výške viac ako 200 mil. eur**. IROP odôvodňoval takto vysokú potrebu alokácie nasledovne: „***V neposlednom rade zabezpečenie kontinuity prechodu poskytovania sociálnych služieb a výkonu opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately z inštitucionálnej formy na komunitnú. Zo skúsenosti z programového obdobia 2007 až 2013 sú navrhované aktivity značne nákladné, čo sa odráža aj v navrhovanej výške disponibilnej alokácie.***“¹²¹ Reálna podpora projektov v rámci IROP je však ovplyvnená tzv. Regionálnymi investičnými územnými stratégiami (RIUS), ktoré boli spracované pod taktovkou samosprávnych krajov. Pre tvorbu RIUSov dlhodobo absentovala metodika zo strany IROP a samosprávne kraje v rámci prípravy týchto dokumentov len minimálne zapájali mimovládne organizácie a v minimálnej miere reagovali na potrebu systémovej zmeny v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie. Samotná **kvalita týchto dokumentov je aj v súčasnosti otázná**, a preto môžeme konštatovať, že je obrovské riziko vychádzať z nich pri implementovaní IROP v oblasti sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti. Dôsledkom je aj to, že **IROP na základe nedostatočne validných analýz z týchto dokumentov v roku 2016 zverejnil informáciu o zníženej alokácii na úroveň cca 70 mil. eur na podporu deinštitucionalizácie a cca 70 mil. eur na podporu rozvoja nových komunitných služieb**. Predstavuje to značné riziko pre realizovanie systémového procesu transformácie a deinštitucionalizácie na Slovensku. Viac sa uvedeným skutočnostiam budeme venovať v nasledujúcej kapitole.

121 Integrovaný regionálny operačný program. <http://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/att/330.pdf>

Je nutné tiež uviesť, že v nadväznosti na skúsenosti z programového obdobia 2007 až 2013 s cieľom zabezpečenia efektívnejšej koordinácie aktivít IROP a OP LZ má byť **spolupráca formalizovaná na úrovni nadrezortnej pracovnej skupiny pre koordináciu podpory deinštitucionalizácie z IROP a OP LZ**. Táto pracovná skupina bola konštituovaná ešte v roku 2014, ale reálne sa stretla zatiaľ len jedenkrát na jeseň roku 2016, kde riešila problém meškania procesu transformácie a deinštitucionalizácie v oboch operačných programoch.

V závere kapitoly môžeme konštatovať, že proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa v tomto období stal súčasťou medzinárodných, ale aj národných dokumentov v oblasti sociálnych služieb a je jasnou súčasťou podpory zo štrukturálnych fondov. Slovensko vďaka aktívnej podpore ľudí z mimovládneho sektora v rokoch 2011 až 2012 a 2014 až 2015 posunulo proces transformácie a deinštitucionalizácie na systémovej úrovni ďalej, aspoň v rámci „papierových dokumentov,“ ale **reálna systémová deinštitucionalizácia a transformácia sa u nás ešte nezačala a nedeje**.

Sociálne služby a deinštitucionalizácia od roku 2016

Na prvý pohľad by sa mohlo zdať, že rok 2016 bude rokom, kedy sa proces transformácie a deinštitucionalizácie rozbehne na systémovej úrovni naplno. Ako sme uviedli, Slovensko ratifikovalo Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, vypracovalo a schválilo Stratégiu deinštitucionalizácie, vypracovalo Národný akčný plán podpory prechodu z inštitucionálnej na komunitné služby, vypracovalo ďalšie národné dokumenty, ktoré tento proces podporujú.

Slovensko malo skúsenosť s pilotným národným projektom podpory deinštitucionalizácie, zmenilo čiastočne legislatívu v tejto oblasti, zariadenia sociálnych služieb začali pomaly prijímať potrebu tejto systémovej zmeny.

Nová vláda, ktorá nastúpila v marci 2016, uvádza vo svojom programovom vyhlásení: *„Vláda si uvedomuje dôležitosť kvalitných a efektívnych sociálnych služieb zameraných na adekvátne naplnenie potrieb odkázaných ľudí. Mimoriadnu pozornosť bude venovať starostlivosti o starších ľudí, a to najmä efektívnemu prepojeniu zdravotníckych a sociálnych služieb. Preto zefektívni systém viaczdrojového financovania sociálnych služieb, podporí zavedenie príspevku podľa stupňa odkázanosti pre všetkých zriaďovateľov rovnako a bude pokračovať v podpore procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb. V spolupráci so zriaďovateľmi bude riešiť aj problematiku odmeňovania pracovníkov v sociálnych službách, ktorí patria medzi najhoršie platených zamestnancov.“*¹²²

No napriek všetkým predpokladom deklarovanej plnej podpory DI môžeme na začiatku roku 2018 konštatovať, že proces transformácie a deinštitucionalizácie sa vôbec nezačal. V súčasnosti dokonca nikto netuší, či a ako bude ďalej pokračovať. Pre pochopenie tohto stavu je potrebné uviesť viaceré skutočnosti, ktoré k nemu viedli.

122 Programové vyhlásenie Vlády Slovenskej republiky na roky 2016 – 2020. http://www.vlada.gov.sk/data/files/6483_programove-vyhlasenie-vlady-slovenskej-republiky.pdf

Vzhľadom na skúsenosti s problémami implementácie transformácie a deinštitucionalizácie v rámci ROP a OP ZaSI a absentujúcej synergie, navrhlo MPSVR SR ešte v roku 2014 **rozdeliť podporu procesu transformácie a deinštitucionalizácie v novom OP LŽ do dvoch fáz. Prvá fáza mala predstavovať podporu transformačných tímov** v zariadeniach sociálnych služieb a vytváranie potrebných transformačných plánov. Zariadenia, ktoré by mali spracované transformačné plány (schválené zriaďovateľom a MPSVR SR), by sa mohli následne uchádzať o investičnú podporu v rámci IROP. Po získaní a zazmluvnení investičnej podpory z IROP, by nasledovala **druhá fáza podpory** transformácie a deinštitucionalizácie v rámci OP LŽ, na ktorú by mali **nárok len zariadenia podporené v IROP**. Táto podpora by bola orientovaná na prípravu všetkých prijímateľov sociálnych služieb a zamestnancov zapojených zariadení sociálnych služieb. Už v marci 2015 sa začali prípravy na realizovanie nového národného projektu podpory deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb – prvej fázy. Vychádzajúc zo skúsenosti z pilotného národného projektu podpory deinštitucionalizácie, kde bolo vidieť neúmernú administratívnu náročnosť pri realizovaní projektu prostredníctvom zazmluvňovania fyzických osôb ako odborníkov v projekte, padlo rozhodnutie realizovať znovu **projekt v partnerstve**. Tento spôsob realizácie bol v súlade s odporúčaniami Európskej únie pre realizovanie partnerských projektov s mimovládnyimi organizáciami.

Monitorovací výbor OP LŽ schválil **projektový zámer Národného projektu deinštitucionalizácie – Podpora transformačných tímov (NP DI PTT)**.

V lete 2015 začala príprava tohto projektu, ktorú komplikovalo, že nositeľom projektu mala byť Implementačná agentúra MPSVR SR, ktorá nemala skúsenosti s realizáciou partnerských projektov. Pôvodným zámerom bolo, aby tento projekt kontinuálne nadväzoval na v tom období ešte realizovaný prvý národný projekt podpory deinštitucionalizácie. Aj vzhľadom na to, že priamo na MPSVR SR na odbore sociálnych služieb sa začiatkom roku 2015 udiali personálne zmeny a nezostal tam žiadny pracovník venujúci sa špecificky téme deinštitucionalizácie, malo MPSVR SR záujem o realizovanie partnerského projektu s odborníkmi v tejto oblasti. IA MPSVR SR pripravila verejnú súťaž na partnerstvo pre NP DI PTT. Podmienky súťaže boli nastavené podobne ako v roku 2011, a to tak, že sa hľadali partneri, ktorí pomôžu pripraviť a implementovať proces transformácie a deinštitucionalizácie. Hneď na úvod je potrebné uviesť, že v rámci tejto súťaže nebola uvedená žiadna podmienka, ktorá by hovorila o potrebe spolufinancovania projektu zo strany vybraných partnerov. Na základe výberového konania boli nakoniec **vybrané tri organizácie: podporu v oblasti sociálnych služieb mala zabezpečiť**

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, podporu v oblasti aktivizácie a zamestnávania Slovenská únia podporovaného zamestnávania a podporu v oblasti zmien fyzického prostredia Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania CEDA STU. Tento proces prebiehal na jeseň roku 2015. Koncom roku boli tieto informácie oznámené vybraným organizáciám, ktoré začali, v súlade s podmienkami súťaže a bez nároku na odmenu, v spolupráci s MPSVR SR a IA **MPSVR SR pripravovať nový** národný projekt. **Vecná stránka projektu bola hotová už na konci mesiaca február 2016.** V nasledujúcich mesiacoch sa príprava projektu spomalila, najprv z dôvodu parlamentných volieb a neskôr z dôvodu prípravy rozpočtu projektu a kvôli špecifickým požiadavkám IA MPSVR SR v tejto oblasti. Začiatkom leta bol projekt prezentovaný na verejnom pripomienkovom konaní, kde bolo zo strany pripomienkujúcich organizácií odporučené urýchlené implementovanie projektu. V tom čase už meškal viac ako polroka a zariadenia, zapojené v predchádzajúcom projekte, ale aj nové, naň stále čakali. Od jeho naštartovania bolo závislé aj vyhlásenie výziev v rámci IROP. V lete 2016 začali vybrané organizácie rokovať s IA MPSVR SR o partnerskej zmluve pre implementáciu projektu a v tomto období **sekcia riadenia ESF MPSVR SR oznámila, že vybrané partnerské organizácie majú projekt NP DI PTT spolufinancovať.** Stalo sa tak aj napriek tomu, že nie sú priamym prijímateľom nenávratného finančného príspevku z ESF a nemajú s MPSVR SR žiadnu zmluvu. Zároveň nikdy predtým, počas prípravy projektu, nebola zo žiadnej strany prezentovaná povinnosť a nevyhnutnosť spolufinancovania. Samotná IA MPSVR SR spolufinancovať NP DI PTT nemusela.

Vznikla takto absurdná situácia, keď na jednej strane MPSVR SR a IA MPSVR SR nedokážu sami kvalitne a efektívne realizovať proces transformácie a deinštitucionalizácie, ktorý sa stal štátnou politikou, a na druhej strane požadujú od organizácií, ktoré sami vybrali, bez predchádzajúceho podmieňovania realizácie projektu spolufinancovaním zo strany partnerov, aby spolufinancovali projekt. Ich úlohou je pritom zabezpečovať povinnosti a záväzky Slovenskej republiky a MPSVR SR. Paradoxom je aj skutočnosť, že v rámci aktivít projektu požiadalo MPSVR SR partnerov, aby hodnotili a pripravovali odborné podklady pre stanoviská MPSVR SR, ktoré nemá dostatočnú odbornú kapacitu na prípravu takýchto dokumentov.

V dôsledku uvedených prekážok sa realizácia národného projektu vôbec nezačala, čo v praxi znamená zastavenie **procesu transformácie a deinštitucionalizácie.** Minister práce, sociálnych vecí a rodiny bol začiatkom septembra 2016 na túto situáciu upozornený listom od vybraných partnerov a ďalších takmer 20 neziskových organizácií, organizácií združujúcich

osoby so zdravotným postihnutím a poskytovateľov sociálnych služieb. Tento list bol zaslaný na vedomie aj Európskej komisii, Úradu podpredsedu vlády SR pre investície a informatizáciu a Ministerstvu pôdohospodárstva a rozvoja vidieka SR. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky reagovalo na tento list v druhej polovici októbra 2016, v ktorom okrem všeobecných informácií a potvrdenia nevyhnutnosti spolufinancovania uviedlo, že začiatok realizácie projektu predpokladá v poslednom štvrťroku 2016.¹²³ S podobnými listami sa na ministra obrátili aj pani podpredsedníčka Národnej rady Slovenskej republiky Lucia Ďuriš Nicholsonová a pani europoslankyňa Jana Žitňanská, ktoré tiež dostali len všeobecné odpovede o tom, že NP DI PTT sa pripravuje. MPSVR SR začalo rokovať s Ministerstvom financií Slovenskej republiky o udelení výnimky zo spolufinancovania v rámci projektov transformácie a deinštitucionalizácie. Niekoľko mesiacov vedenie a pracovníci MPSVR SR informovali a deklarovali, že výnimka bude udelená a NP DI PTT začne najneskôr do konca roku 2016. V decembri 2016 sa uzniesol aj Výbor expertov pre deinštitucionalizáciu na tom, aby sa všetkým projektom deinštitucionalizácie udelila výnimka zo spolufinancovania v rámci národných projektov¹²⁴. Sám minister a štátny tajomník MPSVR SR prezentovali tieto informácie na verejných stretnutiach a zároveň v tomto duchu odpovedali aj na list organizácií, ktoré zastupujú ľudí so zdravotným postihnutím. Napriek tejto nejasnej situácii ohľadom partnerstva pre realizovanie NP DI PTT, pričom partneri mali byť zodpovední za úlohy, ktoré sa premietajú aj do NAP DI, Výbor expertov pre DI pri MPSVR SR schválil nový Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť na roky 2016 – 2020. V tomto dokumente ostali zachované pôvodné ciele NAP DI 2012 – 2020 a upravili sa len analytické časti a nové úlohy. Hlavné úlohy, ktoré MPSVR SR v tomto dokumente stanovilo, sú:

1. Pripraviť a realizovať národný projekt na podporu deinštitucionalizácie sociálnych služieb v spolupráci s vybranými partnermi.
2. Zabezpečiť porovnateľnosť plánovaných ukazovateľov deinštitucionalizácie a ich súlad s cieľmi Stratégie DI pri hodnotení transformačných projektov zapojených sociálnych zariadení.
3. Vypracovávať záväzné stanoviská k transformačným plánom.

123 List ministra práce, sociálnych vecí a rodiny JUDr. Jána Richtera zo dňa 19. októbra 2016. Číslo spisu: 17229/2016-M_OSS.

124 Zápis zo zasadnutia Výboru expertov pre deinštitucionalizáciu systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti konaného v Bratislave, dňa 15.12.2015 o 10:00 hod. OSS MPSVR SR.

4. Vzdelávanie manažmentu poskytovateľov a zriaďovateľov sociálnych služieb v oblasti riadenia prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.
5. Zabezpečiť včasnú, zrozumiteľnú a objektívnu informovanosť obyvateľstva o cieľoch a dôvodoch DI na národnej a osobitne na regionálnej a lokálnej úrovni.
6. Identifikovať a sumarizovať potrebu legislatívnych zmien podporujúcich deinštitucionalizáciu a zamedzujúcich ďalšiemu rozširovaniu služieb s inštitucionálnou kultúrou aj vo vzťahu k iným dotknutým rezortom.
7. Kontinuálne overovať efektivitu nových služieb komunitnej starostlivosti, ktoré zvýšia jej adresnosť a dostupnosť pre ľudí, ktorí sú na ne odkázaní.
8. Zabezpečiť koordináciu IROP a OP LZ v oblasti deinštitucionalizácie sociálnych služieb.
9. Pri tvorbe strategických dokumentov na regionálnej úrovni vychádzať z princípov deinštitucionalizácie a zabezpečiť podmienky pre rozvoj komunitných služieb.
10. Zabezpečiť distribúciu zdrojov s prihliadnutím na rozvoj sociálnych služieb na komunitnej úrovni.
11. Pripraviť a realizovať Národný projekt Podpora zavedenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb.
12. Zhromažďovať údaje týkajúce sa procesu deinštitucionalizácie zariadení v kompetencii VÚC.¹²⁵

Dňa 19. decembra 2016 organizovala Platforma za komunitné služby Z Domova domov okrúhly stôl o progrese/regrese implementácie deinštitucionalizácie na Slovensku, kde zástupcovia MPSVR SR prezentovali a informovali o tom, že NP DI PTT je pripravený na implementáciu a čoskoro začne. V rozpore s tým vzápätí bolo neoficiálne oznámené, že žiadosť o výnimku spolufinancovania pre vybraných partnerov projektu NP DI PTT bola zo strany Ministerstva financií SR zamietnutá a bola udelená len tzv. sociálnym partnerom¹²⁶ v iných projektoch.

¹²⁵ Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 – 2020. (2016). MPSVR SR. Bratislava. <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/soc-sluzby/narodny-akcny-plan-prechodu-z-institucionalnej-komunitnu-starostlivost-syste-me-socialnych-sluzieb-roky-2016-2020.pdf>

¹²⁶ Jedná o odborové zväzy, zväzy zamestnávateľov a strešné organizácie samospráv

V februári 2017 nebolo vôbec jasné, ako bude proces transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike pokračovať, a ako chce MPSVR SR naplňovať úlohy, ktoré si stanovilo v novom NAP DI na roky 2016 až 2020. Začiatok implementácie NP DI PTT meškal už viac ako rok bez toho, aby kompetentných na MPSVR SR, MF SR a vôbec vládu SR zaujímalo, čo sa deje v zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých sú systémovo a plošne porušované ľudské práva osôb so zdravotným postihnutím. Porušovanie vybraných základných ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb konštatoval pravidelne aj Odbor dohľadu MPSVR SR nad sociálnymi službami a uvádza ich aj MPSVR SR v Správach o sociálnej situácii obyvateľstva.¹²⁷ Oni, politici a úradníci, na rozdiel od ľudí so zdravotným postihnutím, majú dostatok času. Ako hovorí Roman Vrábek, ktorému poskytovali sociálne služby v DSS Slatinka: „Nemám toľko času, aby som čakal roky na to, kým budú na Slovensku komunitné služby.“

Na túto situáciu hneď reagovali neziskové organizácie a organizácie zastupujúce osoby so zdravotným postihnutím, ktoré 20. januára 2017 zaslali ministrom práce, sociálnych vecí a rodiny list, v ktorom ho opätovne upozornili „na situáciu súvisiacu s implementovaním procesov transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb v SR.“¹²⁸ Tento list už okrem 26 organizácií a poskytovateľov podpísali aj viacerí vysokoškolskí pedagógovia a aj Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. List bol zaslaný na vedomie aj prezidentovi Slovenskej republiky, predsedovi vlády Slovenskej republiky, relevantným ministerstvám a Európskej komisii. Zástupcovia mimovládnych organizácií sa stretli aj s prezidentskou kanceláriou, kanceláriou verejnej ochrankyne práv, úradom splnomocnenca pre mimovládne organizácie a s komisárkou pre osoby so zdravotným postihnutím. Na tento list však MPSVR SR neodpovedalo a až do marca 2017 sa žiadne zásadné zmeny a aktivity v tejto oblasti neudiali. Dňa 10. marca 2017 sa uskutočnilo stretnutie partnerov a štátneho tajomníka MPSVR SR, kde boli partneri informovaní o tom, že MPSVR SR naďalej komunikuje s Ministerstvom financií SR ohľadom udelenia výnimky spolufinancovania zo strany partnerov a táto situácia bude vyriešená v krátkom čase. Koncom apríla 2017 sa partneri obrátili na štátneho tajomníka so žiadosťou o informáciu riešenia danej situácie, avšak odpoveď nedostali. Následne sa partneri a ďalšie organizácie zastupujúce osoby so zdravotným

127 <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/spravy-socialnej-situacii-obyvatelstva-slovenskej-republiky.html>

128 List organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím zo dňa 20 januára 2017.

postihnutím (spolu 40 organizácií a vysokoškolských pedagógov a spolupredseda Európskej expertnej skupiny pre DI) obrátili dňa 26. mája 2016 otvoreným listom na predsedu vlády Slovenskej republiky so žiadosťou o riešenie danej situácie. Zo strany predsedu vlády Slovenskej republiky neprišla žiadna reakcia na tento otvorený list, ktorý prebralo viacero médií. Dňa 1. júna 2017 prišla odpoveď ministra práce, sociálnych vecí a rodiny, kde sa na jednej strane uvádza: „V súlade so záväzkami obsiahnutými v Programovom vyhlásení vlády Slovenskej republiky na roky 2016 – 2020, si vláda uvedomuje dôležitosť kvalitných a efektívnych sociálnych služieb zameraných na adekvátne naplnenie potrieb odkázaných ľudí. Vláda bude pokračovať v podpore procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb.“ Zároveň sa v texte listu ďalej uvádza: „Národný projekt v rámci Operačného programu Ľudské zdroje, prioritná os 4: Sociálne začlenenie bol pripravený štandardným procesom so zapojením reprezentatívnych organizácií, počítá s 0 % spolufinancovaním projektu pre partnerov. Proces schvaľovania národného projektu sa zastavil z dôvodu spochybnenia 0 %-ného spolufinancovania partnerov na základe zmien a doplnení Stratégie financovania Európskych štrukturálnych a investičných fondov pre programové obdobie 2014 – 2020 – verzia 1.1, ktorej certifikačným orgánom je Ministerstvo financií SR. Podľa verzie 1.1 Stratégie by mali neštátne subjekty spolufinancovať národný projekt vo výške 5 %, čo je v prípade neštátnych subjektov pôsobiacich v oblasti sociálnych vecí a rodiny vzhľadom na ich financovanie problematické a v niektorých prípadoch vyslovene nemožné. V tejto súvislosti musím konštatovať, že IA MPSVR SR mala návrh projektu pripravený v júni 2016, jeho schválenie sa však pozastavilo z dôvodu, že vy, ako partnerské organizácie, ste zásadne odmietli splniť povinnosť spolufinancovania podľa vyššie spomínanej Stratégie.“¹²⁹ V závere listu a aj v mediálnych výstupoch MPSVR SR uvádza, že riešenie spolufinancovania je už na stole a to prostredníctvom uhradenia spolufinancovania zo zdrojov štátneho rozpočtu SR. Pre doplnenie však treba uviesť, že memorandum o spolufinancovaní nebolo s partnermi uzavreté ani vo februári 2018 a jeho finálna verzia nebola predložená partnerom. V kontexte uvedeného je potrebné ujasniť časový sled a dôvody zmien tejto stratégie, ktoré sú uvedené v zdôvodnení meškania NP DI v oblasti náhradnej starostlivosti¹³⁰, kde sa uvádza nasledovné:

129 Odpoveď ministra práce, sociálnych vecí a rodiny zo dňa 1. júna 2017, číslo spisu: 13916/2017-M_LOSS.

130 Informácia o zmenách v národnom projekte „Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti v zariadeniach“ na rokovanie Komisie pri Monitorovacom výbore pre Operačný program Ľudské zdroje. Podkladový materiál na rokovanie Komisie pri MV OP Ľudské zdroje, ktoré sa konalo 26.6.2017 a schválili sa na ňom zmeny v zámeroch NP DI-PTT aj NP DI NS

„Proces jeho schvaľovania sa zastavil z dôvodu spochybnenia 0 %-ného spolufinancovania pre partnerov na základe zmien a doplnení Stratégie financovania Európskych štrukturálnych a investičných fondov pre programové obdobie 2014 – 2020 – verzia 1.1 účinných od 15. 12. 2016, ktoré neboli predmetom medzirezortného pripomienkového konania (Stratégia verzia 1.0 bola schválená uznesením vlády č. 658/13. 11. 2013, vláda SR splnomocnila ministra financií predmetným uznesením schvaľovať, po predchádzajúcom súhlase podpredsedu vlády pre investície a v prípade Európskeho poľnohospodárskeho fondu pre rozvoj vidieka aj po prerokovaní s ministrom pôdohospodárstva a rozvoja vidieka, prípadné zmeny a doplnenia Stratégie v súlade so schválenou legislatívou EÚ a v súlade s potrebami implementácie projektov, operácií a programov EŠIF).“ Z uvedeného je jasné, že spolupráca medzi rezortmi, ktoré majú na starosti čerpanie fondov a obsahovú stránku, nefunguje efektívne. NP DI PTT bol pripravovaný od jesene 2015, kedy naozaj neexistovala podmienka pre partnerov spolufinancovať národný projekt, a preto sa ani neobjavila vo výberovom konaní. Otázka spolufinancovania bola viackrát počas prípravy projektu predložená zo strany partnerov a odpoveď bola stále, že spolufinancovanie v NP DI PTT nebude. Reálna zmena nastala až v druhej polovici roku 2016, keď bez medzirezortného pripomienkového konania bola schválená Stratégia, ktorá túto podmienku dodatočne do implementácie projektov dodala, bez možnosti partnerov a IA MPSVR SR sa vyjadriť. Zjednodušené vysvetlenie tohto problému je nasledovné: NP DI PTT bol pripravovaný ako projekt bez akéhokoľvek spolufinancovania, lebo jediným priamym žiadateľ je IA MPSVR SR, ktoré si na projekt vybralo troch partnerov. Títo aktívne pripravovali obsah a vecnú stránku NP DI PTT. Do decembra 2016 neexistoval žiadny priamy dokument, ktorý by hovoril o spolufinancovaní projektu zo strany partnerov (verzia Stratégie 1.1 začala byť účinná až od 15. decembra 2016 – príprava projektu, ale bola pozastavená už v auguste 2016). Toto viedlo k povinnosti partnerov projekt spolufinancovať, čo oni z logických dôvodov (ide o národný projekt na presadzovanie národných politik a programového vyhlásenia vlády SR, výška spolufinancovania a celý proces nastavenia tejto zmeny bol riešený bez vedomia partnerov a IA MPSVR SR) odmietli. Po viacerých listoch a urgenciách zo strany organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím a otvorenom liste predsedovi vlády SR prišlo MPSVR SR s riešením, že spolufinancovanie bude uhradené zo štátneho rozpočtu. Čiže zmena na národnej úrovni navrhnutá MF SR v spolufinancovaní projektov viedla k tomu, že MPSVR SR bude musieť zo štátneho rozpočtu financovať národný projekt 5 % miesto toho, aby ho mohla mať uhradený z celých zdrojov EŠIF, tj. vlastným zlým rozhodnutím a neefektívnou spoluprácou medzi rezortami pri čerpaní EŠIF sa takto zaťažujú štátny rozpočet. V roku 2017 sa problém prípravy a omeškania dostal

aj na pôdu Národnej rady Slovenskej republiky, kde podpredsedníčka NR SR Lucia Ďuriš Nicholsonová v rámci interpelácie dňa 30. marca 2017¹³¹, si od predsedu vlády SR vyžiadala informácie o omeškaní NP DI PTT. Odpoveď zo strany predsedu vlády bola veľmi všeobecná a neriešila situáciu.

Na základe týchto aktivít sa príprava NP DI PTT opätovne pohla a MPSVR SR začalo takmer po roku revidovať rozpočet projektu a pripravovať memorandum o spolufinancovaní. Koncom augusta 2017 však IA MPSVR SR otvorila otázku štátnej pomoci vo vzťahu k NP DI PTT. Riadiaci orgán v rámci projektu identifikoval aktivitu vzdelávanie ako štátna pomoc. Vzhľadom na nejasné pravidlá pri čerpaní štátnej pomoci a sociálnych služieb vznikol nový problém, ktorý znovu predĺžil začiatok realizácie NP DI PTT. Hľadanie riešenia a nastavenie samostatnej schémy štátnej pomoci pre NP DI PTT trvalo až do januára 2018. Prijímanie štátnej pomoci bolo presunuté na zariadenia, ktoré sa zapoja do projektu, čo však malo za následok viaceré obmedzenia pre účastníkov vzdelávania v rámci NP DI PTT. Vzhľadom na tieto obmedzenia sa môže vzdelávania v NP DI PTT zúčastniť len obmedzený počet účastníkov z jedného zariadenia a výrazne je obmedzená možnosť zapájania všetkých relevantných aktérov v komunite, ako sú napr. zamestnávateľa. Vo februári 2018, takmer dva a polroka po začiatku prípravy NP DI PTT, sa očakáva zverejnenie vyzvania zo strany NP DI PTT, ale stále nie je doriešená problematika spolufinancovania (presné procesy a podmienky memoranda) a tiež nie je podpísaná partnerská zmluva medzi IA MPSVR SR a partnermi. To znamená, že nedoriešenie týchto praktických vecí môže naštartovanie NP DI PTT oddialiť na neurčité obdobie. Vybraní partneri sa v rámci svojej dlhoročnej spolupráce a neschopnosti naštartovať proces DI zo strany MPSVR SR rozhodli vytvoriť neformálne partnerstvo pod názvom Centrum podpory deinštitucionalizácie.¹³² Jeho cieľom je poskytovať odbornú, flexibilnú a koordinovanú podporu všetkým aktérom v procese deinštitucionalizácie a pri rozvíjaní komunitných služieb v SR. Podporu naštartovaniu procesu deinštitucionalizácie v oblasti sociálnych služieb vyjadril aj prezident Andrej Kiska na osobnom stretnutí so zástupcami organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím v januári 2018.

Proces deinštitucionalizácie však nie je len o NP DI PTT. V roku 2017 sa rozhybali aj aktivity v oblasti investičnej podpory procesu DI. Plánované prepojenie a synergia medzi IROP

131 <http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=schodze/interpelacia&ID=1979>

132 www.deinstitucionalizacia.sk

a OP LZ sa aj v tomto období nedodržala a plánovaný logický postup implementácie DI bol nesystematický a chaotický. V októbri 2016 sa prvýkrát stretla pracovná skupina na zabezpečenie synergie v oblasti DI medzi IROP a OP LZ. Na prelome rokov pripravovalo MPaRV SR výzvu na podporu procesu deinštitucionalizácie a znížilo pôvodnú alokovanú výšku zdrojov z cca. 200 mil. eur na 67,5 mil. eur. Koncom mája 2017 MPaRV SR vyhlásilo výzvu na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok na podporu prechodu poskytovania sociálnych služieb a sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately z inštitucionálnej na komunitnú formu (proces deinštitucionalizácie existujúcich zariadení). Ide o otvorenú výzvu, ktorá sa hodnotí v pravidelných trojmesačných kolách. V rámci prípravy výzvy neboli celkom akceptované všetky vecné pripomienky odborníkov a MPSVR SR, čo viedlo k tomu, že v priebehu trištvrte roka musela byť už štyrikrát aktualizovaná.¹³³ Viaceré podmienky tejto výzvy viedli k tomu, že záujem o zapojenie je nižší (aj v dôsledku absencie NP DI PTT) a administratívna záťaž na strane poskytovateľov je vysoká. Nevyhnutnosť mať už pri podávaní žiadosti platné stavebné povolenie komplikuje podávanie žiadostí pre všetkých záujemcov. Z tohto dôvodu bolo ku koncu roka podaných cca. 9 žiadostí z oblasti sociálnych služieb a aj sociálno-právnej ochrany. Z toho iba dve žiadosti sú od zariadení, ktoré boli zapojené do NP DI v rokoch 2013 – 2015. Zároveň na MPSVR SR prichádzali žiadosti o vyjadrenia k transformačným plánom, ktoré otvárajú nové otázky pre implementáciu investičných projektov, ktoré sa mali riešiť v rámci NP DI PTT.

Omeškanie NP DI PTT a nejasné podmienky pre podávanie žiadostí na IROP vedú k tomu, že zariadenia, ktoré sa chcú zapojiť do procesu DI, nemajú dostatočnú podporu a implementácia procesu DI výrazne viazne. Je preto obdivuhodné, že zariadenia, ktoré boli v procese DI už aj v predchádzajúcom období, realizujú postupné aktivity buď na vlastnú päsť alebo za podpory pôvodných štyroch partnerov – nadácia SOCIA, CEDA STU, SUPZ a RPSF.

MPSVR SR v oblasti DI nemá v súčasnosti jasnú predstavu a koncepciu, o čom svedčí správa o plnení Stratégie DI, ktorá je v oblasti sociálnych služieb veľmi všeobecná a stále popisuje ešte aktivity aj z programového obdobia 2007 – 2013. Výrazným problémom v oblasti deinštitucionalizácie sa ukázala novela zákona o sociálnych službách účinná od 1. januára 2018, ktorá priniesla množstvo výrazných zmien v oblasti financovania sociálnych služieb. V rámci

133 <http://www.mpsr.sk/index.php?navID=1124&navID2=1124&sID=67&id=11593>

týchto zmien je možné konštatovať, že sa posilnila podpora inštitucionálnych služieb voči komunitným a ambulantným službám, čo má od legislatívnej podpory procesu DI veľmi ďaleko. Najbližší rok ukáže, ako výrazne táto zmena ovplyvní rozvoj a udržanie komunitných služieb, predovšetkým ambulantných a terénnych, ktorých potreba rozvoja je nevyhnutná pre proces deinštitucionalizácie.

Na rozdiel od slovenských štátnych autorít si však situáciu, zdá sa, uvedomujú medzinárodné organizácie a odborníci, ktorí na tieto problémy dlhodobo upozorňujú. Od roku 2015 bolo Slovensko na nedostatočný proces implementácie viackrát upozornené. Séria medzinárodných upozornení na stav procesu deinštitucionalizácie a transformácie na Slovensku začala **správou komisára Rady Európy pre ľudské práva Nilsa Muižnieksa**, ktorý navštívil Slovensko v lete v roku 2015 a v októbri 2015 uviedol vo svojej správe: *„Komisár chce zopakovať, že izolovanie osôb so zdravotným postihnutím zachováva ich stigmatizáciu a marginalizáciu, je porušením práva týchto osôb na nezávislý spôsob život a v spoločnosti, ktorý je zaručený článkom 19 CRPD. V súlade s týmto ustanovením sa Slovenská republika zaviazala prijať také opatrenia, ktoré zaručia osobám so zdravotným postihnutím prístup k celému spektru komunitných podporných služieb, vrátane osobnej asistencie, ktorá je nevyhnutná pre nezávislý život v spoločnosti a pre začlenenie sa do nej. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať obzvlášť zraniteľnému postaveniu detí, ktoré si, v súlade s Odporúčaním Výboru ministrov Rady Európy CM/Rec (2010)2 týkajúcim sa deinštitucionalizácie a komunitného bývania detí so zdravotným postihnutím, vyžaduje systematickú prácu zameranú na predchádzanie a odstránenie ich inštitucionalizácie. Je nanajvýš žiaduce, aby orgány Slovenskej republiky urýchlili proces deinštitucionalizácie s aktívnym zapojením osôb so zdravotným postihnutím a organizácií zastupujúcich tieto osoby. Prvým krokom v tomto smere by mal byť okamžitý zákaz umiestňovania nových osôb do zariadení. Transformácia tradičných pobytových zariadení na menšie bytové jednotky odráža nesprávne pochopenie konceptu života v spoločnosti a v praxi vedie len k prechodu od väčších k menším inštitúciám. Orgány Slovenskej republiky by mali zabrániť otváraniu nových, aj keď menších zariadení. Komisár odkazuje na postoje vyjadrené Úradom vysokého komisára OSN pre ľudské práva v roku 2012, podľa ktorých sú menšie zariadenia rovnako neprijateľné ako väčšie, najmä v podmienkach, kde absentujú štrukturálne príležitosti pre reálne zapojenie sa do života spoločnosti. Komisár tiež vyzýva orgány Slovenskej republiky na presunutie zdrojov zo zariadení do rozvoja individualizovaných podporných služieb. Všetky opatrenia prijaté vládou by mali byť zamerané na uspokojovanie preferencií a vôle osôb so zdravotným postihnutím.*

Príslušné orgány by mali prijať legislatívne úpravy poskytujúce jasné záruky rešpektovania práva na samostatný život. Mali by tiež prijať opatrenia na kompenzáciu krátkodobých ekonomických zreteľov, ktoré môžu byť príčinou odporu voči deinštitucionalizácii na miestnej a regionálnej úrovni, a pokračovať v odstraňovaní predsudkov voči osobám so zdravotným postihnutím prostredníctvom vzdelávania a osvety.¹³⁴ Komisár Muižnieks už v tomto období upozorňoval, že proces transformácie a deinštitucionalizácie je málo dynamický a Slovensko by ho malo urýchliť.

V roku 2016 absolvovala Slovenská republika konštruktívne dialógy s orgánmi OSN k napĺňaniu medzinárodných záväzkov vyplývajúcich z Dohovorov OSN. **V apríli 2016 bolo Slovensko vypočúvané pred Komisiou OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím k napĺňaniu Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.** Slovenská vláda na stretnutí v Ženeve nepresvedčila členov komisie o aktívnom napĺňaní záväzkov vyplývajúcich z Dohovoru, čo sa odzrkadlilo v jej odporúčaníach. Medzi 93 odporúčaniami sa Komisia priamo venovala aj procesu transformácie a deinštitucionalizácie, kde okrem iného uvádza: „Výbor naliehavo žiada zmluvný štát, aby zabránil akémukoľvek novému umiestňovaniu detí so zdravotným postihnutím do zariadení a zaviedol akčný plán s jasným harmonogramom jeho implementácie a rozpočtom, s cieľom zabezpečiť úplnú deinštitucionalizáciu detí so zdravotným postihnutím zo všetkých pobytových služieb a ich prechod z týchto zariadení do komunity.“

Výbor je hlboko znepokojený vysokým počtom inštitucionalizovaných osôb so zdravotným postihnutím, najmä žien so zdravotným postihnutím. Vývin procesu deinštitucionalizácie je príliš pomalý a čiastkový, ako aj pokračujúce investície z verejných rozpočtov do zariadení a nedostatočné poskytovanie plnej podpory osobám so zdravotným postihnutím, aby mohli viesť vo svojich komunitách nezávislý život.

Výbor odporúča, aby zmluvný štát stanovil a realizoval časový harmonogram na zabezpečenie urýchlenia procesu deinštitucionalizácie vrátane doplnenia ďalších konkrétnych opatrení na zabezpečenie posilnenia komunitných služieb pre všetky osoby so zdravotným pos-

134 Správa Nilsa Muižnieksa Komiséra pre ľudské práva Rady Európy vychádzajúca z jeho návštevy Slovenskej republiky z 15. až 19. júna 2015. <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.Cmd-BlobGet&InstranetImage=2818273&SecMode=1&DocId=2314024&Usage=2>

tihnutím, najmä pre ženy a staršie osoby so zdravotným postihnutím. Zmluvný štát by mal tiež zabezpečiť, aby bolo v súlade s článkom 19 aj čerpanie európskych štrukturálnych a investičných fondov (EŠIF), aby sa iniciovali nové nadväzujúce národné akčné plány o prechode od inštitucionálneho prostredia k podpore života v komunite s plnou účasťou organizácií osôb so zdravotným postihnutím a organizácií občianskej spoločnosti, a to aj v oblasti monitorovania. Výbor tiež odporúča, aby zmluvný štát už ďalej neprideloval zdroje z verejného rozpočtu zariadeniam, aby zdroje prideloval komunitným službám v súlade s investičnými prioritami Európskeho fondu regionálneho rozvoja (článok 5.9 (a) Nariadenia (EÚ) č. 1303/2013).

Výbor je znepokojený geografickými rozdielmi a nerovnomernou finančnou podporou komunitných sociálnych služieb a služieb domácej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím vrátane starších osôb a pomalým tempom procesu odmeňovania zo strany zmluvného štátu.

Výbor odporúča, aby zmluvný štát zabezpečil rovnomerné rozdeľovanie zdrojov na sociálnu starostlivosť s dôrazom na komunitné služby. Výbor tiež odporúča, aby zmluvný štát zabezpečil, aby komunitné sociálne služby a služby domácej starostlivosti boli dostupné vo všetkých regiónoch a vidieckych oblastiach, aby sa finančné prostriedky pridelovali osobám so zdravotným postihnutím, ktoré ich potrebujú, najmä nezamestnaným osobám alebo osobám s nízkou mzdou.¹³⁵ Komisia pre práva osôb so zdravotným postihnutím v rámci týchto odporúčaní tiež uvádzala oneskorenie procesu DI a iba parciálne riešenie. Zároveň však odporúča, aby sa ani národné zdroje nepoužívali na inštitucionalizáciu. Tieto odporúčania zhrnuli a najkomplexnejšie a najpodrobnejšie uvádzajú obavy medzinárodných organizácií v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie na Slovensku. Veľmi významnou výzvou je **požiadavka presného časového harmonogramu procesu transformácie a deinštitucionalizácie na Slovensku.**

V máji 2016 sa uskutočnilo rokovanie Komisie pre práva dieťaťa a zástupcov slovenskej vlády k naplňaniu záväzkov v rámci Dohovoru o právach dieťaťa. Aj táto komisia upozornila na potrebu prioritizácie rodinnej a komunitnej starostlivosti a úplnému záväzku implementácie

135 Odporúčania Výboru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím k Východiskovej správe SR. <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/zaverecne-odporucania-k-vychodiskovej-sprave-slovenskej-republiky.docx>

procesu deinštitucionalizácie s cieľom zabezpečenia, aby deti so zdravotným postihnutím ďalej nežili v segregovaných inštitucionálnych službách.¹³⁶

Posledné rokovanie vlády SR a orgánov OSN sa uskutočnilo v októbri 2016, konkrétne s Komisiou OSN pre ľudské práva. Aj táto komisia, ako predošlé dve, osobitne riešila na stretnutí v Ženeve aj proces deinštitucionalizácie, kde slovenskí zástupcovia vlády SR nedokázali na otázky komisie o nedostatočnej implementácii procesu transformácie a deinštitucionalizácie odpovedať a odvolávali sa len na to, že existuje Stratégia DI a pripravuje sa nový NP DI PTT. Toto považovali členovia Komisie OSN pre ľudské práva za nedostatočné a odzrkadlilo sa to aj vo všeobecných odporúčaníach pre Slovenskú republiku, kde sa uvádza: *„Zmluvná strana musí prijať opatrenia, ktoré budú naďalej podporovať a rozširovať proces deinštitucionalizácie vo všetkých typoch inštitúcií v súlade so Všeobecným komentárom Komisie č. 35 (2014) o osobnej slobode a bezpečí a zakázu využívanie sieťových postelí a ďalších foriem obmedzovania v psychiatrických a príslušných inštitúciách.“*¹³⁷

Ako vidieť z predchádzajúceho textu, orgány OSN pre dodržiavanie ľudských práv veľmi výrazne a negatívne upozorňujú na súčasný stav procesu transformácie a deinštitucionalizácie v našej krajine. V tomto kontexte požadujú, aby sa proces reálne naštartoval a Slovenská republika prebrala jasnú zodpovednosť za jeho realizáciu a zabezpečovanie dodržiavania ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím.

Okrem OSN a Komiséra Rady Európy na aktuálny stav veľmi výrazne a konkrétne upozornila na jeseň 2016 Stála komisia pre petície Európskeho parlamentu (Komisia PETI). Na základe petície viacerých medzinárodných mimovládnych organizácií o tom, že v Európe sa využívajú štrukturálne fondy na podporu inštitucionalizácie osôb so zdravotným postihnutím, si Komisia PETI vybrala na prieskum priamo v teréne aj Slovenskú republiku. Medzinárodní odborníci spracovali pre členov komisie správu **European structural and investment funds and people with disabilities: Focus on the situation in Slovakia. In-depth analysis for the PETI Committee.**¹³⁸ Táto správa podrobne popisuje aktuálnu situáciu

136 Odporúčania Výboru OSN pre práva dieťaťa k Východiskovej správe SR. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/SVK/CO/3-5&Lang=En

137 Všeobecný komentár Komisie OSN pre ľudské práva k východiskovej správe Slovenskej republiky. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/SVK/CO/4&Lang=En

138 [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/571371/IPOL_IDA\(2016\)571371_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/571371/IPOL_IDA(2016)571371_EN.pdf)

v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. Členovia Komisie PETI z nej vychádzali počas svojej návštevy v septembri 2016 na Slovensku. Stretli sa so zástupcami mimovládnych organizácií, vlády SR a diskutovali o problematike transformácie a deinštitucionalizácie. Komisia PETI vypracovala kritickú správu z návštevy, kde uvádza viaceré závažné nedostatky v procese transformácie a deinštitucionalizácie na Slovensku:

1. Povinnosť mimovládnych organizácií spolufinancovať NP DI PTT.
2. Nedostatočná ochota miestnych orgánov zapojiť sa do procesu deinštitucionalizácie a nedostatok miestnych zdrojov.
3. Príliš pomalá a nejednotná deinštitucionalizácia.
4. Udržateľnosť projektov deinštitucionalizácie financovaných zo zdrojov EÚ.
5. Nebezpečenstvo vytvárania tzv. malých inštitúcií.
6. Nedostatok informácií a nedostatočná informovanosť verejnosti.
7. Dostupnosť služieb, tovarov a zdravotnej starostlivosti.
8. Začleňovanie osôb so zdravotným postihnutím na základe ich aktívneho zapojovania.
9. Právna spôsobilosť osôb so zdravotným postihnutím.

Komisia PETI vo svojej správe prezentovala 28 významných odporúčaní, ktoré smerujú k aktívnej podpore transformácie a deinštitucionalizácie. Zároveň očakáva pravidelne správy o prograse v procese deinštitucionalizácie v Slovenskej republike.¹³⁹ Medzi najzásadnejšie odporúčania patrí opäť **vytvorenie presného časového harmonogramu procesu transformácie a deinštitucionalizácie, podpora povinnosti financovania komunitných služieb zo strany samosprávy, vyriešenie problému a očakávania spolufinancovania procesu deinštitucionalizácie zo strany mimovládnych organizácií a urýchlenie celého procesu transformácie a deinštitucionalizácie.**

Paradoxne s rôznymi konkrétnymi odporúčaniami Výborov OSN pre ľudské práva a pre práva osôb so zdravotným postihnutím, Komisie PETI či komisára Muižnieksa, ale aj Všeobecného komentáru Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím k článku 19 Dohovoru, zastáva MPSVR SR odlišný názor v možnosti registrovania a udržiavania inštitucionálnych

139 Podrobné informácie a odporúčania Komisie PETI: <https://polcms.secure.europarl.europa.eu/cmsdata/upload/d556a63a-8b4b-4398-a6b0-1d1a15aed66c/1113278SK.pdf>

služieb, a to konkrétne domovov sociálnych služieb s celoročným pobytom. V januári 2018 boli partnerské organizácie RPSP, CEDA STU a SUPZ požiadané Odborom sociálnych služieb MPSVR SR o vyjadrenie stanoviska k Transformačnému plánu DSS a ZpS Rača, ktorý predložil Bratislavský samosprávny kraj. Transformačný plán bol vypracovaný a podaný pre účely žiadosti o nenávratný finančný príspevok na podporu deinštitucionalizácie v rámci IROP. V transformačnom pláne bolo uvedené, že DSS a ZpS Rača plánuje ako jednu z nových sociálnych služieb registrovať domov sociálnych služieb s celoročným pobytom pre špecifickú cieľovú skupinu, a to občanov „s diagnózami – duševné poruchy, schizofrénie, afektívne poruchy, psychotické poruchy, organický psychosyndróm (nezapríčinенý etylom), s nízkou a stredne vysokou mierou podpory (ďalej len NMP, SVMP).“¹⁴⁰ Vzhľadom na to, že takto definovaná nová sociálna služba bola v rozpore s viacerými časťami zákona o sociálnych službách, bolo vydané stanovisko odborníkov v tom zmysle, že transformačný plán nie je v súlade so zákonom a národnými dokumentmi v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie. Konkrétne išlo o dve problematické oblasti:

1. Možnosť registrácie domovov sociálnych služieb s celoročným pobytom na novom mieste. Vzhľadom na zmenu miesta poskytovania sociálnej služby je potrebné, aby nové sociálne služby v procese transformácie a deinštitucionalizácie prešli procesom registrácie, ktorú ale reguluje zákon o sociálnych službách tak, že nie je možné registrovať domovy sociálnych služieb s celoročným pobytom. V praxi to znamená, že zariadenia sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie musia registrovať iné druhy sociálnych služieb, ktoré sú komunitného charakteru. Táto myšlienka má podporu aj vo Všeobecnom komentári k čl. 19 Dohovoru, kde je uvedené nasledovné: *„Nezávislý život a začlenenie do komunity sa týkajú životných situácií mimo pobytových inštitúcií všetkých druhov. Nie je to „len“ o živote v konkrétnej budove alebo prostredí, je to v prvom rade o strate osobnej voľby a autonómie v dôsledku „nastavenia“ istého života a denného režimu. Ani veľké inštitúcie s viac ako stovkou obyvateľov, ani menšie skupiny domov s piatimi až ôsmimi obyvateľmi, dokonca ani samostatné domy, sa nedajú nazvať nezávislým životom, ak majú ďalšie definujúce prvky inštitúcií, alebo sú inštitucionalizované. Hoci inštitucionalizované zariadenia sa môžu líšiť vo veľkosti, názve a nastavení, existujú tu určité definujúce prvky, napríklad: povinné zdieľanie asistentov/podpory s ostatnými a žiadny alebo*

obmedzený vplyv na to, od koho môže človek prijať podporu, izolácia a segregácia od nezávislého života v komunite, nedostatok kontroly nad každodennými rozhodnutiami, nedostatok možnosti výberu, s kým by človek mal žiť, rigidnosť a rutina bez ohľadu na osobnú vôľu a preferencie, rovnaké aktivity na tom istom mieste pre skupinu osôb pod autoritatívnym dohľadom, paternalistický prístup k poskytovaniu služieb, dohľad nad životnými podmienkami a zvyčajne aj nepomer v počte osôb so zdravotným postihnutím žijúcich v tom istom prostredí. Inštitucionálne nastavenia môžu ponúkať osobám so zdravotným postihnutím určitý stupeň voľby a kontroly, avšak tieto rozhodnutia sú obmedzené na konkrétne oblasti života a nemenia segregáčny charakter inštitúcií. Deinštitucionalizácia preto vyžaduje realizáciu štrukturálnych reforiem, ktoré presahujú uzatvorenie inštitucionálneho prostredia. Veľké alebo menšie skupiny domov sú obzvlášť nebezpečné pre deti, pre ktoré neexistuje žiadna náhrada potreby vyrastať s rodinou. „Zariadenia rodinného typu“ sú stále inštitúciami a nie sú považované za náhradu starostlivosti a výchovy v rodine.“ Odborníci v oblasti deinštitucionalizácie, ale aj poskytovatelia sociálnych služieb, však dlhodobo upozorňovali na potrebu zásadných zmien v zákone o sociálnych službách, ktoré by tieto princípy podporili a nachádzajú sa aj v odporúčaníach z pilotného NP DI, kde sa špecificky riešila aj problematika registrácie. Žiaľ, MPSVR SR od roku 2015 neurobilo, aj napriek týmto odporúčaniam, žiadne kroky k pozitívnej zmene v tejto oblasti.

2. V transformačnom pláne predkladateľ navrhuje registrovanie domova sociálnej služby pre špecifickú cieľovú skupinu, čo je však v rozpore s § 38 zákona o sociálnych službách. Takto definovaná cieľová skupina v rámci domova sociálnych služieb predstavuje nedodržanie, resp. porušenie zásady rovnakého zaobchádzania zakotvená v ustanovení § 5 citovaného zákona, a z ktorej vychádza celý zákon o sociálnych službách. Sociálne služby môžu byť poskytované vždy len na rovnakom základe pre všetky fyzické osoby odkázané na príslušný druh sociálnej služby. Takéto obmedzenie môže byť v rozpore s právoplatným rozhodnutím o odkázanosti na daný druh sociálnej služby (§38), ktoré je jedným zo základných kritérií na poskytovanie tejto sociálnej služby. Vyšší územný celok nie je oprávnený pri registrácii postupovať a konať nad rámec zákona. Čiže takto registrovaný domov sociálnych služieb je v rozpore so zákonom o sociálnych službách, ale aj s Dohovorom.

MPSVR SR sa s týmto stanoviskom stotožnilo a 1. februára 2018 vydalo zamietavé stanovisko k predmetnému transformačnému plánu. Avšak 28. februára 2018 MPSVR SR vydalo presne opačné stanovisko, kde zmenilo svoje rozhodnutie o nesúlade uvedeného transformačného plánu s legislatívou a národnými dokumentmi v oblasti deinštitucionalizácie na súhlasné stanovisko. Zároveň ako podporný dokument uviedlo svoj právny názor vo veci uplatňovania/neuplatňovania § 65 ods. 6, písmeno g/ zákona o sociálnych službách v rámci realizácie deinštitucionalizácie v domove sociálnych služieb s celoročnou pobytovou službou, ktorá je spojená aj so zmenou miesta tejto poskytovanej sociálnej služby. V jednoduchej reči to znamená, že bol zverejnený právny názor MPSVR SR, ktorý však nie je právne záväzný, k tomu, či je možné registrovať domov sociálnych služieb s celoročným pobytom pri zmene poskytovania sociálnej služby so zachovaním pôvodnej kapacity sociálnej služby v súlade so zákonnými podmienkami, a v prípade procesu deinštitucionalizácie do maximálnej kapacity v jednom objekte 40 miest. Čo sa ani zďaleka nedá vnímať ako proces deinštitucionalizácie. MPSVR SR svojím právnym názorom túto možnosť otvorilo a pripustilo. To v aplikačnej praxi znamená, že podľa názoru MPSVR SR je možné registrovať domov sociálnych služieb s celoročným pobytom, keď sa rozhodne, že mení miesto poskytovania služby. MPSVR SR vo svojom stanovisku tvrdí, že je to možné len v procese deinštitucionalizácie a z objektívnych príčin. No tento výklad registrácie iba v týchto špecifických prípadoch nemá oporu v zákone a otvára možnosť preregistrovania domovov sociálnych služieb s celoročným pobytom v akomkoľvek prípade. Toto v praxi umožňuje poskytovanie sociálnych služieb inštitucionálneho charakteru v domovoch sociálnych služieb s celoročným pobytom donekonečna a je v rozpore s odporúčaniami stanovenia presného časového rámci pre proces deinštitucionalizácie. Čiže, znovu sa otvára kohútik na dlhodobé udržiavanie inštitucionálnych sociálnych služieb, čo je presne v rozpore s Dohovorom a aj odporúčaniami medzinárodných výborov a organizácií v tejto oblasti smerom k SR. Tento krok predstavuje aj vysoké riziko toho, že v rámci revízie IROP bude vytváraný tlak na zmenu kapacitných podmienok pri podpore procesu transformácie a deinštitucionalizácie zo súčasných prísnych (max. 6 ľudí v jednej bytovej jednotke a 12 v jednom objekte) na voľnejšie, ktoré budú kopírovať zákon, a to je kapacita 40 ľudí v jednom objekte. Toto je absolútne v rozpore s princípmi deinštitucionalizácie a predstavuje návrat k rizikám, kvôli ktorým bolo v roku 2010 pozastavené čerpanie ROP.

Paradoxom je hlavne to, že MPSVR SR sa v rámci argumentácie otvorenia tejto možnosti odvoláva na „postupný a dlhodobý“ proces deinštitucionalizácie, ale na druhej strane týmto priamo popiera jej princípy. Druhým paradoxom tejto situácie je, že MPSVR SR túto možnosť

otvorilo práve kvôli transformačnému plánu DSS a ZpS Rača, ktorý ale napriek tomuto ostáva stále v rozpore so zákonom, a to v oblasti definovania špecifickej cieľovej skupiny v rámci domova sociálnych služieb s celoročným pobytom, čo je v rozpore so zákonom o sociálnych službách. Preto aj napriek zmenenému stanovisku MPSVR SR je možné konštatovať, že daný transformačný plán je v rozpore so zákonom a realizácia tohto projektu v tomto znení je rizikové preto, že pri prípadnom dôslednom audite budú investičné výdavky na tento objekt, resp. projekt, vyhodnotené ako neoprávnené.

Slovenskí odborníci v oblasti deinštitucionalizácie vyjadrili svoj názor a obavy z daného právneho stanoviska v liste štátnemu tajomníkov MPSVR SR, kde ho žiadajú o zrušenie daného právneho názoru.

Práve uvedené skutočnosti ukazujú, že v súčasnosti nemá MPSVR SR proces deinštitucionalizácie a transformácie ako reálnu prioritu a nemá ani jasnú predstavu o tom, ako by mali sociálne služby v Slovenskej republike vyzeráť v budúcnosti. Dá sa povedať, že v podstate len narýchlo hasí a ad-hoc reaguje na vznikajúce problémy v praxi.

V závere kapitoly nám ostáva len konštatovať, že napriek všetkým zásadným upozorneniam zo strany rôznych medzinárodných organizácií v rokoch 2015 až 2018 a tiež aktivitám mimovládnych organizácií na Slovensku, celý proces transformácie a deinštitucionalizácie je z nepochopiteľných dôvodov dlhodobo zamrznutý a nehýbe sa.

Je teda otázkou najbližšej budúcnosti:

- či sa veci zmenia,
- či si MPSVR SR a vláda SR uvedomí svoju politickú, ale aj morálnu zodpovednosť voči ľuďom so zdravotným postihnutím,
- či začne aktívne a urýchlene implementovať svoje právne záväzky v tejto oblasti.

/ Záver

Je alarmujúce a smutné, že v roku 2018 žijú v Slovenskej republike stále tisíce ľudí v zariadeniach sociálnej starostlivosti s inštitucionálnou kultúrou bez možnosti žiť v komunite.

V praxi to znamená, že Slovenská republika systémovo a plošne porušuje základné ľudské práva týchto ľudí. Aj napriek tomu, že existujú dlhoročné snahy o zásadnú zmenu systému, niekoľko desaťročí sa udržiava stále rovnaký stav.

Veľké množstvo ľudí, ktorí sú nútení žiť v týchto zariadeniach, nemá možnosť rozhodovať o základných veciach vo svojom živote: s kým budú žiť, kedy budú vstávať, ako sa oblečú, čo budú počas dňa robiť, čo budú jesť, čo si môžu kúpiť, kto bude ich partnerom. Majú minimálnu možnosť voľby a ovplyvňovania svojho života preto, že majú zdravotné postihnutie.

Už od vzniku prvej Československej republiky pôsobili v našom priestore ľudia a organizácie, ktoré sa nestotožnili s daným stavom starostlivosti a podpory ľudí so zdravotným postihnutím. Hľadali inovatívne riešenia. Podporovali tak ľudí so zdravotným postihnutím v ich samostatnosti a nezávislosti. Počas posledných 100 rokov sme aj na Slovensku mohli vidieť, že je to možné, že to má pre nás všetkých, celú spoločnosť, zmysel a význam.

No na druhej strane stále u nás pretrváva tradičný spôsob poskytovania sociálnych služieb inštitucionálnou formou, ktorý počas celého obdobia premrhal životy desiatok tisíc ľudí bez toho, aby mohli žiť zmysluplne. Rezistencia tradičného paternalistického prístupu v starostlivosti a podpore osôb so zdravotným postihnutím je natoľko silná, že sa nevyužilo množstvo šancí na zásadnú zmenu systému. Aj napriek tomu sme aj u nás mohli pozorovať viacero projektov smerujúcich k transformácii a deinštitucionalizácii. Zmenili kvalitu života ľudí, ktorých sa priamo dotýkali. Rovnako sme sa však mali možnosť dozvedieť z monitorovacích správ, ako sa ľudské práva v zariadeniach sociálnych služieb otvorene porušovali. V súčasnosti je ich latentné porušovanie stále prítomné.

Nádeje, že prijatie a ratifikácia Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím zásadne pohne proces transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb, sa stále ukazujú ako nenaplnené a to napriek tomu, že zabezpečovanie a rešpektovanie práv osôb so zdravotným postihnutím je už garantované aj legislatívou.

Mimovládny sektor v posledných 30 rokoch ukázal možnosti, ako sa služby dajú poskytovať kvalitne, v komunite a v súlade s ľudskými právami. Viackrát pomohol štátu urobiť viaceré pozitívne kroky. Ale stále nám chýba to nevyhnutné a potrebné rozhodnutie, konečne reálne a v praxi naštartovať zásadnú reformu sociálneho systému v Slovenskej republike. Tí, čo majú moc, vplyv a zodpovednosť, ako keby nereflektovali, že ľudia so zdravotným postihnutím sú tiež občania, ktorí majú rovnaké práva a sú povinní rešpektovať a zachovávať ich ľudskú dôstojnosť rovnako ako u ostatných občanov. A to bez výnimiek a kompromisov.

Uplynulo dvanásť rokov od prijatia a osem rokov od ratifikácie Dohovoru a presadzovanie transformácie a deinštitucionalizácie je dlhodobým bojom malej skupiny presvedčených ľudí-odborníkov, ktorí sú považovaní za špičky v ich odboroch, ale aj za snílkov, no zatiaľ bez viditeľnej a praktickej podpory zo strany štátu a kompetentných orgánov.

Vzhľadom na informácie, ktoré sme vám poskytli v poslednej kapitole tejto publikácie ako aj na to, čo všetko sa už v oblasti DI udialo, pýtame sa, či má spoločnosť a jej predstavitelia, volení zástupcovia občanov, vôbec záujem zásadne zmeniť kvalitu života a rešpektovať práva osôb so zdravotným postihnutím, ale aj to, čo ešte môžeme urobiť, aby sa začal Dohovor aj prakticky implementovať v bežnom živote ľudí.

Veríme, že vám táto publikácia priniesla nové informácie a aj pohľad na proces transformácie a deinštitucionalizácie z inej strany. Veríme tiež, že vám pomôže sa zorientovať na základe výsledkov z praxe a vytvoriť si svoj názor aj na rôzne mýty o „novom“ a „nútenom“ systéme podpory ľudí so zdravotným postihnutím. Veríme, že v boji za dodržiavanie elementárnych ľudských práv a slobôd pre všetkých nie sme sami. a naša spoločnosť sa vyvíja smerom k tolerancii a prijatiu inakosti.

ISBN: 978-80-89851-10-2 (brožovaná)

ISBN: 978-80-89851-11-9 (PDF)

